نموذج ترخيص

أنا الطالبة: وصال اسعد عبد القادر عبد الله أمنح الجامعة الأردنية و/ أو من تفوضه ترخيصاً غير حصري دون مقابل بنشر و / أو استعمال و / أو استغلال و / أو ترجمة و / أو تصوير و / أو إعادة إنتاج بأي طريقة كانت سواء ورقية و / أو إلكترونية أو غير ذلك رسالة الماجستير / الدكتوراه المقدمة من قبلي وعنوانها.

الاختلافات في الأنماط الحياتية اليومية بين المرأة والرجل عند الإصابة بالسكري: دراسة نوعية في الأسرة الأردنية

وذلك لغايات البحث العلمي و / أو التبادل مع المؤسسات التعليميــة والجامعــات و / أو لأي غاية أخرى تراها الجامعة الأردنية مناسبة، وأمنح الجامعة الحق بالترخيص للغير بجميــع أو بعض ما رخصته لها.

اسم الطالب: وصال اسعد عبد القادر عبد الله

التوقيــــع:

التاريـــــخ: ٢٦/٣/٢٠١٥

الاختلافات في الأنماط الحياتية اليومية بين المرأة والرجل عند الإصابة بالسكري:
دراسة نوعية في الأسرة الأردنية

إعداد

وصال أسعد عبد الله

المشرف

الدكتورة ريما رفيق الصفدي

المشرف المشارك

الأستاذ الدكتور سالم خضر ساري

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في

دراسات المرأة

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

آذار2015

ب

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة **(الاختلافات في الأنماط الحياتية اليومية بين المرأة والرجل عند الإصابة بالسكري: دراسة نوعية في الأسرة الأردنية)** وأجيزت

بتاريخ:2015/3/1

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتورة ريما رفيق الصفدي، مشرفًا أستاذ مشارك – تمريض	....
الأستاذ الدكتور سالم خضر ساري، مشرفاً أستاذ – علم اجتماع	....
الدكتورة عبير بشير دبابنة، عضواً أستاذ مشارك – دراسات جندرية	....
الدكتورة ميسون عبد الرحيم، عضواً أستاذ مشارك – تمريض	....
الأستاذ الدكتور إبراهيم عثمان، عضواً أستاذ – علم اجتماع/ متقاعد	....

الإهداء

إلى نور الحياة ونبع العطاء "أبي" الذي علمني كيف أعلو وأعلو لأصل حدود السماء

إلى نبع الحنان وأصل الضياء "أمي" التي ساندتني في كل خطوة من خطوات حياتي

إلى ملائكة الأرض الذين احتضنوني .. أخوتي وأخواتي "مي، بهاء، علاء، منال"

إلى رفيقات دربي .. أنبل البشر "هديل، نورا"

إلى الصغير "خالد" عشق الروح

عائلتي وأصدقائي، لكم محبتي

إلى أرواح جديَّ وجدتي

إلى روح الغالية الدكتورة رحاب عبيدات

شكر وتقدير

بعد حمد الله وشكره على التوفيق، أتقدم بخالص الشكر لكل من دعمني وساندني لإنجاز هذه الدراسة، وأبتدئ بمشرفيّ العزيزين الدكتورة "ريما الصفدي" والأستاذ الدكتور "سالم ساري" اللذان أشرفا على جميع مراحل وتفاصيل هذه الرسالة وقدما كل الجهد والدعم الممكنين دون أن يمتنعا عن تقديم ما يفيد إنجاز ونجاح هذه الرسالة.

ولم تكن خطوط هذه الرسالة لتكتمل دون الدعم العظيم الذي قدمته لي أستاذتي الدكتورة "عبير دبابنة" التي علمتني كيف أفكر، والدكتورة "ميسون العتوم" التي بنت لي الطريق في عالم المرأة.

ولا أنسى الكادر المتميز، كادر مركز دراسات المرأة الفعّال دائماً: سمر، رشا، محمد، بالإضافة إلى زميلاتي وصديقاتي اللواتي قدمن لي الدعم المستمر، وتحملن معي عناء الأشهر الصعبة: سارة، إيمان، ملك، ياسمين، زين، تهاني.

كما وأتقدم بجزيل الشكر للمترجمة أيام الصفدي على تقديم العون لي فيما احتجت لترجمته، والشكر للدكتور نزار قبيلات، أستاذ اللغة العربية في الجامعة الأردنية على جهوده في التصحيح اللغوي لهذه الرسالة.

قائمة المحتويات

فهرس الجداول

الاختلافات في الأنماط الحياتية اليومية بين المرأة والرجل عند الإصابة بالسكري: دراسة نوعية في الأسرة الأردنية

إعداد

وصال أسعد عبد الله

المشرف

الدكتورة ريما الصفدي

المشرف المشارك

الأستاذ الدكتور سالم ساري

الملخص

جاءت هذه الدراسة للتعرف إلى الاختلافات في الأنماط الحياتية اليومية بين المرأة والرجل عند الإصابة بالسكري في الأسرة الأردنية. واستهدفت الدراسة عينة من أفراد المجتمع الأردني المصابين بالنوع الثاني من مرض السكري، من خلفيات وأعمار وطبقات اجتماعية ومستويات تعليمية مختلفة، مع الأخذ بعين الاعتبار التنوع في الخصائص الديموغرافية.

تضمنت الدراسة النوعية مقابلات معمقة مع رجال ونساء أردنيين وأردنيات في إقليم الوسط، (عمان، والزرقاء، والبلقاء)، وكانت العينة مكونة من 15 رجلاً و15 امرأة، تزيد أعمارهم عن الثلاثين عاماً، متزوجين، ويعيشون ضمن أسرة مكونة من الأم والأب والأطفال، ومضى على إصابتهم بالسكري مدة لا تقل عن سنة واحدة.

بيّنت نتائج الدراسة أنه لا يوجد اختلاف كبير بين المرأة والرجل في التعامل مع مرض السكري كون المجتمع الأردني مجتمعٌ متجانسٌ نوعاً ما، وظهرت الاختلافات في تعبيرات كل من الرجل والمرأة عن الإصابة بمرض السكري، والاجابة عن الأسئلة الخاصة به، كما وكان هناك أيضاً اختلاف في طريقة رواية قصة المرض، حيث اتّسمت قصص المشاركات بنوع من الدراما لم تكن موجودة في قصص المشاركين. كما وأن المشاركين كانوا أكثر انفتاحاً في الكلام وكانت مقابلاتهم أطول من مقابلات المشاركات.

لاحظت الباحثة أن التعامل مع المشاركين أكثر سهولة من التعامل مع المشاركات من حيث طرح الأسئلة دون الحاجة لتفسيرها وتبسيطها في معظم الأحيان، وربما يمكن إيعاز ذلك إلى مستوى التعليم لدى أفراد العينة.

ومن ناحية تعامل المشاركين والمشاركات مع السكري، كان المشاركون الرجال أكثر إيجابية في التعامل مع السكري، بينما كانت المشاركات أكثر سلبية، وعبّرن عن فقدانهن للأمل في الحياة، وبدأن بالتفكير بالموت وانتظاره، والتفكير بمصير أسرتها بعد موتها.

ظهرت بعض الأفكار الثقافية والاجتماعية ذات الطابع النمطي، حيث كانت المشاركات أنفسهن مصرّات على أن البيت والأولاد هما أولى أولوياتها في الحياة، وأنه يجب عليهن أن يكنّ أقوى في مواجهة المرض لتستطيع القيام بدورها في خدمة بيتها وأبنائها، بينما كان المشاركون أكثر تمسكاً بعملهم، معتبرين أن العمل يقوم بتحسين حالتهم الصحية، وان جلوسهم في المنزل يمكن أن يزيد حالتهم الصحية سوءاً.

أما فيما يخص الروحانيات ودورها في حياة المشاركين والمشاركات، فلم يكن هناك اختلاف واضح في الجانب الروحي ما قبل المرض وبعده، حيث أن المشاركين ينتمون إلى مجتمع عربي ملتزم دينياً، بغض النظر عن الديانة المتبعة، وهناك التزام في أداء الشعائر الدينية كأسلوب حياة.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

1-1 المقدمة.

2-1 مشكلة الدراسة.

3-1 أهمية الدراسة.

4-1 أهداف الدراسة.

5-1 أسئلة الدراسة.

6-1 خلاصة الفصل

مدخل إلى الدراسة

1-1 المقدمة

على الرغم من التطور الذي يشهده العالم اليوم في شتى مجالات العلوم الطبية، والطبيعية والإنسانية، والاجتماعية، إلا أن هذا التطور لم يستطع أن يجد علاجاً ناجعاً يؤدي إلى الشفاء التام لبعض الأمراض القاتلة والمزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب ومرض السكري، التي تؤثر بالدرجة الأولى على نوعية حياة الأفراد والمجتمعات.

تنشأ الأمراض وتتطور وتنتقل وتتفاعل نتائجها على الأفراد والجماعات، وتقسّم منظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO, 2012) الأمراض من حيث انتقالها إلى نوعين أساسيين، هما:

أولاً: الأمراض المعدية (Infectious Diseases) وعرفتها منظمة الصحة العالمية بأنها "الأمراض التي تنتج عن مكروبات مُمرِضة مثل: الجراثيم والطفيليات والفطريات. ويمكن أن ينتشر المرض – بصورة مباشرة أو غير مباشرة – من شخص لآخر" (WHO, 2012).

ثانياً: الأمراض المزمنة (Chronic Illness) وهي "أمراض تدوم لفترات طويلة، وتتطور دون الانتقال من شخص إلى آخر بالعدوى، وإنما تعيش مع الأشخاص وعليهم التعايش والتكيف معها (WHO, 2012).

وتمثل الأمراض المزمنة ما نسبته 60% من الوفيات في شتى أنحاء العالم، وتشير الإحصاءات إلى أن حوالي 35 مليون شخص قد توفوا بسبب الأمراض المزمنة في عام 2005، نصفهم ممن هم بعمر أقل من 70 سنة، ونصف هؤلاء كانوا من النساء. وتركزت النسبة الأعلى للوفيات في البلدان ذات الدخل المتوسط والمتدني (WHO, 2012).

ويمكن تقسيم الأمراض المزمنة إلى أربع مجموعات رئيسة تختلف من حيث كونها وراثية أو مكتسبة وهي: أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم، ومرض السرطان، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة (مثل الربو)، ومرض السكري (WHO, 2012).

وترتبط الأمراض المزمنة بالتطور السريع في شتى المجالات الصحية، والاقتصادية، والعلمية، والاجتماعية في مجتمعات العالم، حيث أدى هذا التطور إلى حدوث تغيراتٍ كبيرة في الأنماط الغذائية وأنماط النشاط البدني. فتغيرت توجهات الأفراد نحو الأنظمة الغذائية إلى مواد

استهلاكية، وانتشرت الأغذية المصنعة سريعة التحضير التي تحتوي على المنكهات والمواد الحافظة ذات التأثير السلبي على صحة الفرد، كما أدى زيادة الاعتماد على وسائل التنقل السريعة الحديثة وانتقال الأعمال من الزراعة إلى أعمال المكاتب إلى تقليص الحركة ومقدار النشاط البدني الذي يمارسه الفرد يومياً.

وتحمل الأمراض المزمنة العديد من الخصائص التي تميزها عن باقي الأمراض التي يمكن أن تصيب الإنسان، أنها تبدأ كأمراض صامتة، قد لا يتنبه إليها المريض إلا بعد حدوث مضاعفات تظهر كأعراض للمرض. وترتبط الأمراض المزمنة ارتباطاً وثيقاً بالسلوك الغذائي للفرد، وترتبط ارتباطاً عكسياً بالسلوك الحركي للأفراد. فكلما زاد النشاط الحركي قلت احتمالية الإصابة بمثل هذه الأمراض، ويدوم علاج هذه الأمراض مدة طويلة قد تصل إلى ملازمتها للفرد مدى الحياة، مما يتطلب من المريض التأقلم (Accommodation) مع المرض والتعايش معه (WHO, 2012).

ويهتم علماء الاجتماع الطبي بالتأكيد على أن دراسة الأمراض المزمنة لا تقتصر على دراسة الأبعاد الصحية الوراثية أو السوسيولوجية فقط، وإنما تمتد إلى دراسة الأبعاد الاجتماعية والأسرية والثقافية التي تؤثر-سبباً أو نتيجة -على المرض والمريض.

فالمرض هو ما يعرّفه المجتمع على أنه مرض، ويمكن أن يعطى هذا التعريف من قبل جماعة علمية مهنية قوية مالكة للسلطة الطبية في المجتمع، وتتمثل هذه السلطة بالأطباء والطبيبات، والممرضين والممرضات والعاملين في المجال الصحي، فعند تشخيص الطبيب لحالة معينة على أنها "مرض" "Disease"، يبدأ المجتمع بالتعامل والتفاعل معها على هذا الأساس. وعند الإصابة بمرض مزمن، معرّف بهذا التعريف الطبي، يبدأ المريض بالتعامل معه على هذا الأساس أيضاً.

ويمكن القول بأن المرض ليس إشكالية بحد ذاته، بقدر ما هي المعاني الصريحة والرمزية التي يتضمنها، والعمليات الاجتماعية التي يثيرها عند الأطراف المتفاعلة. وليست أعراض المرض أو (أسبابه الأولية) هي الإشكالية، وإنما هي الآثار الاجتماعية المترتبة على المرض.

ولا يصيب المرض المزمن الفرد المريض فحسب، وإنما يصيب الأسرة كلها أيضاً، تأثيراً أو تأثراً في علاقاتها، ويعيد ترتيب أدوارها، مما يجعل جميع أفراد هذه المجموعة الصغيرة يتأثرون بطريقة أو بأخرى بالمرض. وهذا يرتبط ارتباطاً شديداً بالدور الذي يقوم به

الفرد أو المتوقع منه داخل الأسرة أو خارجها، بل ما يتعدى المحيط الأسري إلى المحيط المجتمعي العام (ساري، سالم، 1996).

أثارت إشكالية الأمراض المزمنة اهتمام علماء الاجتماع منذ مطلع ستينيات القرن الماضي وخاصة في الولايات المتحدة، فدرسوا ارتباط هذه الأمراض وعلاقتها مع الطبقة الاجتماعية وأنماط العلاقات والتفاعلات للمريض سواءً في محيط الأسرة أو بين مجموعة الأصدقاء أو مع مقدمي الرعاية الصحية (Bendelow , 2013).

وفي دراسة أجراها (Bury,1991) بيّن أن هناك ثلاثة أبعاد في عملية التعامل مع المرض:

(1) التكيف: هي تلك العمليات الذهنية التي يقوم بها المريض للمحافظة على قيمة الذات لتقبل التغيير في وضعه، والتغير الذي يحصل على جسده.

(2) الوسائل والطرق والاستراتيجيات والأعمال التي يقوم بها للتعامل مع المشكلة المرضية وتأثير ذلك على التفاعل وفرص الحياة، وأن هذا التعامل يتطلب اتخاذ القرارات الضرورية للاستفادة من كافة المصادر المتوفرة لديه للعمل على إيجاد التوازن في حياته والمحافظة على استقلالية الذات.

(3) نمط الحياة الجديد للتأقلم مع الظروف الجديدة التي يتطلبها المرض.(Bury, 1991)

مرض السكري كمرض مزمن:

يُعرّف مرض السكري طبياً على أنه مرض مزمن، يحدث عند عجز البنكرياس عن إنتاج هرمون الأنسولين، المسؤول عن إدخال الغلوكوز والأحماض الأمينية إلى خلايا الجسم، بكميات كافية أو عندما يعجز الجسم عن استخدام تلك المادة بشكل فعال، ويؤدي مع الوقت إلى حدوث أضرار وخيمة في الكثير من أعضاء الجسم، نتيجة لتراكم الغلوكوز في الدم وارتفاع مستواه عن المستوى الطبيعي (100 ملغ/ديسيلتر) (WHO, 2012).

ويعتبر مرض السكري أحد الأمراض المزمنة الأكثر خطورةً وشيوعاً في العالم، إذ يقدر عدد المصابين به بحوالي 347 مليون نسمة، ومرض السكري من أكثر مسببات الوفاة في العالم حيث تشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية الصادرة في 2012 إلى وفاة حوالي 3.4 مليون نسمة بسبب هذا المرض في عام 2004.

أما في الأردن، تشير تقارير المركز الوطني للسكري والغدد الصماء والوراثة عام 2012 إلى أن ما نسبته 30 % من الأردنيين الذين تزيد أعمارهم عن 25 سنة مصابون بالنوع الثاني من مرض السكري، وأن 40 % من هؤلاء المصابين هم من الذين تزيد أعمارهم عن 50 سنة (المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة، 2014).

وبحسب تصنيف منظمة الصحة العالمية، يصنف مرض السكري إلى ثلاثة أنواع: السكري من النوع الأول "Type I" "السكري المعتمد على الأنسولين" أو ما كان يسمى قديما ب " سكري مرحلة الطفولة " والسكري من النوع الثاني " Type II" "السكري غير المعتمد على الأنسولين" والذي كان يعرف ب "سكري الكهولة " وهذا النوع " السكري من النوع الثاني" هو الذي تتناوله الباحثة في هذه الدراسة ، أما النوع الثالث والذي يعتبر النوع الذي يصيب النساء أثناء الحمل فقط ويسمى سكري الحمل "Gestational Diabetes" (WHO،2012). وهذا النوع والنوع الأول يعتبران خارج إطار هذه الدراسة.

يصاحب مرض السكري ظهور عدد من الأعراض مثل فرط التبول، والشعور بالعطش، والشعور المتواصل بالجوع، وفقدان الوزن، وتغير في حاسة البصر، والشعور الدائم بالتعب. ويشترك النمطان الأول والثاني من هذا المرض بهذه الأعراض. ويكون التمييز بين هذين النمطين بأن النمط الثاني لا تظهر عليه هذه الأعراض بوضوح ويمكن أن يتم تشخيص المرض بعد ظهور الأعراض بعدة أعوام. (حجازي، 2007).

ويختلف النوع الثاني من مرض السكري عن النوع الأول بأن البنكرياس في النوع الثاني يفرز الانسولين لكن الجسم لا يستجيب له، فتقوم الخلايا بمقاومته، ويمكن أيضاً أن تكون كمية الانسولين التي يتم إفرازها غير كافية للانتشار في الجسم، ويعود هذا الخلل في نسبة الانسولين وكيفية استعماله في الجسم إلى وجود عيب في " المستقبلات" البروتينية الموجودة على السطح الخارجي من الخلية، التي ترتبط بالانسولين، حيث تكون هذه المستقبلات بمثابة القفل الذي يرتبط به المفتاح " الانسولين" فيبقى الجلوكوز خارج الخلية، أو يمكن أن يكون عدد الأقفال غير كافٍ أي لا يوجد مستقبلات انسولين كافية بحيث تسمح لكمية أكبر من الجلوكوز بالدخول إلى الخلية. وبالإضافة إلى تلك المشاكل المتعلقة بالانسولين ومستقبلاته، يوجد مشكلة أخرى وهي ألا تقوم "خلايا بيتا" بإنتاج كمية كافية من الانسولين، أو أن تقوم بإفرازه بشكل بطيء. وبدون انسولين كافٍ داخل الخلية فإن مستوى الجلوكوز يرتفع في الدم ويسبب مرض السكري، ولم يتمكن العلماء من فهم كل الأسباب وراء نشأة النوع الثاني من مرض السكري،

إلا أنهم استطاعوا الإلمام بعدد من العوامل التي تساهم في حدوثه، وتشمل هذه العوامل: العوامل الوراثية، والسن، والسمنة، وأسلوب الحياة (الجمعية الأمريكية لمرض السكر، 2004).

أ. العوامل الوراثية:

تلعب العوامل الوراثية دوراً في نشأة النوع الثاني من مرض السكري بشكل أكبر من الدور التي تلعبه في الإصابة بالنوع الأول، ولم يتوصل الباحثون بعد إلى تحديد الجين المسؤول عن التسبب بالنوع الثاني من مرض السكري (الجمعية الأمريكية لمرض السكر، 2004).

ب. السن والسمنة وأسلوب الحياة:

يمكن دمج عوامل السن والسمنة والأسلوب الحياة في نقطة واحدة بسبب ارتباطها ببعضها. وتعتبر السمنة أهم عامل بيئي يزيد من فرصة الإصابة بالنوع الثاني من مرض السكري، والسمنة هي زيادة وزن الجسم عن الوزن المثالي بما يصل إلى 20% من وزن الجسم، وبطريقة أو بأخرى فإن نسبة الدهون العالية في الجسم تؤدي إلى مقاومة الانسولين، ولهذا السبب يتم علاج مرض السكري بتنظيم الوجبات وتخفيف الوزن وممارسة الرياضة (الجمعية الأمريكية لمرض السكر، 2004).

ويعد التقدم في السن من عوامل الخطورة التي تؤدي إلى الإصابة بالنوع الثاني من مرض السكري، فنصف الحالات المصابة حديثاً بمرض السكري تتجاوز أعمارهم 55 عاماً. حيث أن الأشخاص يميلون إلى اكتساب الوزن مع التقدم بالسن وهو ما يجعل بعض العلماء يعتقدون أنه السبب في زيادة نسبة الإصابة بالسكري لدى الأشخاص الأكبر سناً.

ومن ناحية أخرى فإن نمط الغذاء غير الصحي المعتمد على المأكولات ذات السعرات الحرارية العالية يؤدي إلى الإصابة بالسمنة والتي تعتبر -كما ذكرنا-عاملاً مباشراً للإصابة بالنوع الثاني من مرض السكري (الجمعية الأمريكية لمرض السكر، 2004).

وأما فيما يخص العوامل العاطفية والعصبية والنفسية، وما يصاحبها من قلق وتوتر وحزن، وعلاقتها بالإصابة بالنوع الثاني من مرض السكري فتعتبر عوامل مساعدة على الإصابة، لكن عند من لديه الاستعداد لذلك فقط، وليس دون استعداد وراثي، حيث يكون المرض كامناً وعند التعرض لهذه الظروف تظهر أعراضه (حجازي، 2006).

كما وتشير منظمة الصحة العالمية إلى بعض الآثار الشائعة التي تنجم عن الإصابة بمرض السكري، حيث يؤدي هذا المرض مع مرور الوقت إلى إصابة القلب والأوعية الدموية

والكليتين والأعصاب باعتلالات متعددة، ويزيد من مخاطر الإصابة بأمراض القلب، ويؤدي إلى حدوث اعتلال عصبي في القدمين الذي بدوره قد يؤدي إلى الإصابة بتقرحات القدم والتي قد تؤدي في نهاية المطاف إلى بتر الأطراف. كما يؤدي السكري إلى الإصابة باعتلال شبكية العين، وهو من الأسباب الرئيسة المؤدية إلى الإصابة بالعمى، كما أنه من الأسباب الرئيسية للإصابة بالفشل الكلوي، وفي النهاية فإن المصابين بالسكري معرضون لخطر الوفاة بنسبة لا تقل عن الضعف مقارنة بغير المصابين فيه (WHO, 2012).

الأسرة والصحة والمرض:

الصحة (Health) هي " حالة اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز" (WHO,1967)، وبناءً على هذا التعريف يمكننا القول بأن الصحة لا تقتصر على خلو البدن من الأمراض وإنما هي تكامل جسمي واجتماعي ونفسي. فالصحة، ببساطة، هي الشعور بالمعافاة والسعادة والاكتمال. أما المرض فلا يتيح مثل هذا الشعور "بالخير والعافية". فالمرض يؤدي إلى إحداث تغيرات كبيرة في إيقاعات الحياة لأفراد الأسرة ومكاناتهم وأدوارهم وخلل أكبر في توقعاتهم وآمالهم وطموحاتهم.

والحقيقة الصارخة أن حالة الأسرة قبل المرض ليست هي حالها بعد المرض، فهناك عملية تفاعل جدلي مستمر من التأثير والتأثر للأسرة مع المرض، ويؤثر المرض في الأسرة، تماماً كما تؤثر الأسرة في المرض لأعضائها. ويؤثر المرض على الأسرة من نواحي عديدة، فهو يؤثر على السلوك الفردي داخل الأسرة، سواء من الفرد المريض أو من أفراد الأسرة الآخرين، بالإضافة إلى زيادة الأعباء على أفراد الأسرة، إذ إن وجود فرد مريض في الأسرة يحتاج إلى وقت وجهد إضافيين للتعامل مع هذه الحالة، كما وأن إصابة فرد من الأسرة بالمرض يؤدي إلى وضع أعباء اقتصادية على كاهل الأسرة، ويصبح توفير العلاجات للفرد المريض أولى أولويات الأسرة، قبل المأكل والمشرب والملبس، ويؤثر المرض أيضاً على العلاقة بين أفراد الأسرة، فيسود العلاقة الاضطراب والتوتر الناتج عن الوضع النفسي والأزمة الاقتصادية التي يمكن أن تعيشها الأسرة التي تضم فرداً مريضاً. وتتعدى هذه التأثيرات للمرض على الأسرة بأن تتنازل عن مشاريعها وأهدافها الحالية أو المستقبلية، كأن تترك الأم العمل أو أن يترك أحد الأبناء الدراسة الجامعية (الشيخ علي، سمور، حداد، 2008).

فمرض فرد من الأسرة يؤدي إلى عدم انتظام الحياة اليومية فيها، كما أن وجود فرد مريض يحدث خللاً واضطراباً في مجريات الحياة الكلية لأفراد الأسرة نفسها، سواء في علاقاتهم مع بعضهم أو العلاقات مع الأسر الأخرى.

هناك عوامل عدة يمكن اعتبارها كمؤثرات في الصحة والمرض. ونذكر منها هنا العامل الثقافي الصحي، فإذا كانت الأسرة مثقفة صحياً فإنها تحرص على تجنب الإصابة بأمراض مزمنة باتخاذ الاحتياطات الواجبة للحماية من الإصابة بالأمراض ذات النوع الحاد أو المزمن وذلك بالعمل على اتخاذ الأساليب الوقائية من المرض والعمل على المراجعات الدورية والمنتظمة للكشف عن التغيرات الصحية في وقت مبكر، والابتعاد عن الثقافة الشائعة من الاعتقاد بجدوى الطب الشعبي.

ومن التأثيرات الاجتماعية في موضوع الصحة والمرض، أيضاً، الطبقة الاجتماعية (Social Class)، إذ يبرز دائما الجانب الاقتصادي بوضوح، فتستطيع الطبقات الاجتماعية الغنية الحصول على العلاجات الدوائية اللازمة للفرد المريض وتغطية نفقاته، مهما ارتفعت أثمانها، إما بواسطة التأمين الخاص أو الوظيفي، بينما تلجأ الطبقات الاجتماعية الفقيرة إلى الطب الشعبي غير المضمون أحياناً والمؤذي في أحيان كثيرة، أو اتخاذ الأسرة قرار بعدم شراء الأدوية أساساً لعدم قدرتها على شرائها أو تأمين الدواء على حساب متطلبات أسرية أساسية أخرى.

وعلى مستوى اجتماعي ثقافي أوسع نطاقاً من الأسرة، (خاصة في زمن العولمة اليوم)، لا يمكننا إغفال الجانب التعليمي وتأثيره على التفاعل مع المرض، خاصة إذا أدركنا أن العامل التعليمي له علاقة مع العامل الاقتصادي من حيث فرص العمل وتحسين المستوى المعيشي للأسرة، وإمكانية التثقيف من خلال شبكات الاتصال والتواصل الاجتماعي، والإنترنت، والمواقع الطبية الإلكترونية، فتمكّن المتعلمين من الاطلاع وربما الاستفادة منها، بينما لا تمكّن غيرهم من ذوي المستوى المتدني من التعليم والأقل حظاً.

وجاء لانغ (Laing,1965)، الطبيب النفسي البريطاني الشهير، ليؤكد أولوية الاتجاه الاجتماعي في سببية الأمراض. وتركزت وجهات النظر المبنية على هذا الاتجاه على "السياق الاجتماعي المباشر" للمريض (Immediate Social Context)، الذي يحتوي على العلاقات والخبرات والتصورات الحالية للفرد مع أسرته (جماعته الأولية). وعند لانغ وأتباعه اللاحقين، لا تكون الأسرة سبباً للأمراض الجسمية فحسب، وإنما للأمراض النفسية أيضاً. وأورد مثالاً

عيادياً (Clinical) عن انفصام الشخصية (Schizophrenia)، مدللاً على أنه ليس مرضاً بقدر ما هو مجموعة من الأعراض لمحاولات اتصال بين أطراف متفاعلة داخل الأسرة بصورة زائفة. ويستنتج لانغ بأنه يجب البحث داخل الأسرة نفسها عن أسباب المرض، وفي داخلها أيضاً يجب تدبر العلاج (Laing, R.D. 1965).

2-1 مشكلة الدراسة:

تفرض الأمراض المزمنة عادةً أنماطاً حياتية جديدة للأزواج المصابين بها، تغييراً أو تعديلاً، تكيفاً أو مواءمة، سواء داخل الأسرة أو مع المجتمع الكبير.

وهذه الدراسة محاولة للتعرف على كيفية قيام الرجل أو المرأة في المنظومة الزواجية بالتعامل مع مرض السكري، وتأثير حدوث المرض لدى أحدهما على نمط حياته أو حياتها اليومي والأسري والمجتمعي للتوافق مع الحالة الصحية التي يعيشها المصاب بالمرض.

فالإصابة بمرض السكري تتطلب تغييراً في الأنماط الحياتية للمريض ليحافظ على مستوى مقبولٍ للقيام بالأدوار المتوقعة منه والموكولة إليه اجتماعياً. فمثلاً في حالة الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني يتطلب إجراء تغييرات متعددة في نظام حياة الشخص اليومية في مجالات حياتية ومهنية كثيرة، مثل نظامه الغذائي والنشاط البدني والعلاقات الشخصية والاجتماعية، وحتى علاقته في مجال العمل والوظيفة التي يحتلها الشخص لتأمين الوضع الاقتصادي والإدارة المنزلية للأسرة.

فالإصابة بمرض السكري تؤدي بالمريض إلى تغيير نمطه الغذائي إيجاباً أو سلباً كأن يتجه مثلاً إلى نمط الغذاء الصحي أو إهماله، فيبدأ الفرد بتقليل أو تجاهل الحمية الغذائية من السكريات التي يتناولها، كما يبدأ بالتقيد أو بإهمال مواعيد الأدوية، ويكثر أو يقلل من نشاطه البدني والاجتماعي اليومي، كما ويبدأ الفرد المصاب بممارسة التمارين الرياضية كالمشي والهرولة أو ربما يتوقف عنها، أو تغيير نمط حياته الاجتماعية كالابتعاد والعزلة والهروب من خلال الانغماس بالنشاط الاجتماعي غير المألوف لهذا الشخص، حتى أنه يتوجه إلى تغيير نمط حياته الروحي بحيث يتوجه إلى الإكثار من الصلاة والتقرب إلى الله أو الابتعاد عن الدين لدرجة الكفر بالله بسبب إصابته بالمرض، أو أن يتجه إلى طرق أخرى غير صحية في التعامل مع المرض (مثل الإغراق في الأدعيات، والانغماس في الأوهام، وقبول الأفكار الشعبية السائدة عن المرض). وهكذا فإن هذه التغييرات التي يقوم بها المصاب في حياته اليومية يمكن أن تفرض نهجاً جديداً عليه وعلى من حوله من أفراد أسرته، ويطال هذا النهج تغييرات في توزيع

الأدوار والمسؤوليات التي يقوم بها الفرد، أو التي يتوقع منه القيام بها، والتي من الممكن أن تكون سبباً في أن تخرج الأسرة عن نمطها الطبيعي مما يؤثر على النظام الأسري ككل محدثة الإشكاليات، كحدوث نوع من التضارب في أدوار أفراد الأسرة ككل، وأدوار الزوجين خصوصاً، وتحدث هذه الإشكاليات في حال عدم تقبل المريض والآخرين من حوله للمرض أو عدم تكيفه معه وفي حالة ثانية يمكن أن تكون استجابة المريض وأسرته للتغييرات إيجابية وبالتالي تتكيف الأسرة بشكل إيجابي أيضاً فتعطي المريض بعضاً من الراحة أو الإعفاء من المسؤوليات المتوقعة منه، أو منها بشكل مُرضٍ وبطريقة فعالة ما يساعد على استمرارية الأسرة بشكل طبيعي.

وجاءت هذه الدراسة للتعرف على كيفية حدوث التغيرات التي تحدث لدى الأزواج في حالة الإصابة بالسكري إيجاباً كان أو سلباً.

3-1 أهمية الدراسة:

من المتوقع أن تقارب هذه الدراسة معرفة أكثر عمقاً لأنماط حياة الرجال والنساء المصابين بمرض السكري وتفاعلهم مع المرض، وكذلك التغيرات التي تطرأ على أنماط الحياة اليومية للأسرة وعلاقاتها المجتمعية المعتادة، وبدراسة هذه التغيرات، يمكن التعرف على الفروقات الجندرية (Gender Differences) التي تحدث داخل الاسرة الأردنية في حالة إصابة الزوجة أو الزوج بالمرض المزمن، والتعرف على العلاقة (التفاعلية) مع الأدوار (الثقافية) السائدة في المجتمع الأردني (الذكوري).

ومن المتوقع أيضاً أن تكون هذه الدراسة رائدة في تناول التغيرات في الأنماط الصحية المرضية من منظور جندري في مجتمعنا. وذلك لأن الدراسات التي استطاعت الباحثة الوصول إليها تتحدث عن التغيرات في الممارسات الصحية ومدى الالتزام بها من المنظور الصحي العام دون ربط هذا التغير مع الممارسات بالنوع الاجتماعي، كالفروق بين الرجل والمرأة عند الإصابة بالمرض المزمن.

وربما تقع أهمية هذه الدراسة بشكل أساسي كونها دراسة نوعية لإشكالية المرض المزمن من منظور اجتماعي ثقافي يتركز حول الأدوار الجندرية، ويتعلق بالوصف الذاتي Subjective لتجربة المرض منذ البداية وحتى إجراء المقابلة مع المريض. وربما هذه الخطوة في هذا الاتجاه تؤهل الدراسة لتكون دراسة مرجعية في مجال دراسات المرأة.

4-1 أهداف الدراسة:

في إطار اجتماعي ثقافي أردني أوسع، تهدف الدراسة إلى:

1- التعرف إلى طرق الاستجابة والتفاعل مع مرض السكري لدى كل من الرجل والمرأة.
2- تحديد مدى تأثير المرض المزمن (السكري) على نمط الحياة اليومية للفرد المصاب.
3- الوقوف على مدى تأثير المرض المزمن (السكري) على الأسرة والعمل.
4- كشف الاختلافات الجندرية في الاستجابة والتفاعل مع المرض.

5-1 أسئلة الدراسة:

تهتم هذه الدراسة بفهم تفاصيل التجربة المرضية لأحد أفراد الأسرة، زوجاً أو زوجة، وسيتم تحليل هذه التجربة من خلال منظور ذاتي للمريض نفسه بالإضافة إلى رؤية الباحثة وملاحظاتها الشخصية في محيط إجراء الدراسة Context.

وتسعى الدراسة إلى الإجابة على الأسئلة المحورية التالية:

- السؤال الأول:

كيف يصف ويتفاعل كل من المرأة/الرجل المصاب بمرض السكري مع متطلبات المرض من تغيير في نمط الحياة اليومية؟

- السؤال الثاني:

ما الاختلافات في الاستجابة والتفاعل مع مرض السكري بين الرجال والنساء في المجتمع الأردني من وجهة نظر المشارك؟

7-1 خلاصة الفصل

تضمن هذا الفصل تعريفاً عامّاً بمرض السكري من النواحي الطبية، من تعريف للمرض وأسبابه وآثاره الجانبية وغير ذلك، كما تضمن أيضاً التعريف بالأسرة والمجتمع، والأسرة الأردنية وخصائصها، والمجتمع العربي وصفاته.

وجاء في هذا الفصل مشكلة الدراسة وأهدافها وأهميتها والأسئلة التي تسعى للإجابة عليها.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة والإطار النظري

2-1 مقدمة.

2-2 الدراسات السابقة

2-3 الإطار النظري

- الوظيفية البنائية
- التفاعلية الرمزية
- نظرية العنونة

الدراسات السابقة والإطار النظري

1-2 المقدمة

تتنامى اليوم دراسات الصحة والمرض والأمراض الحادة والمزمنة بشكل عام، ولكن الدراسات التي تتناول هذه الموضوعات الحيوية من منظورات سوسيولوجية أو أنثروبولوجية ما زالت قليلة حقاً. وما زالت أكثر ندرة تلك الدراسات التي تتناول التعامل مع تجربة المرض المزمن من منظور جندري، ومناهج نوعية تحليلية.

2-2 الدراسات السابقة:

في هذه المراجعة النقدية، تم التركيز على ثلاثة أنواع من الدراسات ذات الصلة بإشكالية الدراسة الحالية:

أولا: دراسة تناولت موضوع الصحة والمرض بشكل عام

تناولت دراسة (Rodriguez, Garcia, and Others,2012) محورين أساسيين هما تحليل التصورات المختلفة للرجل والمرأة من خلفيات اجتماعية مختلفة ومجموعات عمرية متباينة تجاه صحتهم، ونمط التعامل مع المرض. واتبع الباحثون المنهج النوعي وهو المنهج المناسب للدراسات السوسيولوجية، وكانت العينة المأخوذة كافية للوصول للنتائج التي تعتبر مهمة وتعطي معلومات دقيقة نسبياً حول التعامل مع المرض لدى النساء والرجال، كما أن ما تعطيه من معلومات عن الفروق الجندرية في التعامل مع المرض والنظرة له تعتبر معلومات ممتازة، وتساعد في دعم الدراسة الحالية.

وكشفت الدراسة أن المرأة غير قادرة على إعطاء وصف دقيق لما تعانيه، حيث تنسب المرأة الخلل في حالتها الصحية إلى مصدر واحد غامض وغير دقيق، كالإرهاق، والتعب في المدة الأخيرة مثلاً، بينما يميل الرجال إلى المبالغة في نسبة أحوالهم الصحية إلى أنواع من الأمراض المختلفة، التي قد تكون غير مرتبطة بحالتهم الصحية الفعلية. في حين يُظهر المرض الرجال بأنهم أكثر استخداماً من النساء للحجج البيولوجية.

ويخفي الرجل حالته المرضية خلف صورة نمطية نفسية تظهره على شكل "الرجل القوي" الذي يستطيع مقاومة الأمراض دون الحاجة إلى علاج، كما توضح الدراسة أن الرجل

والمرأة مشتركان باعتقادهم في أن المرأة أكثر ضعفاً بينما الرجل أضعف في التأقلم مع المرض، وأن الرجال يستخدمون الحجج البيولوجية أكثر من النساء.

اعتمدت هذه الدراسة في نتائجها على المقابلات وأساليب التركيز التأويلي في تحليل الخبرات الحياتية والعلاقات اليومية، وكانت العينة مكونة من 20 امرأة و20 رجل بأعمار تتجاوز الخامسة والعشرين مِن اللذين يقطنون مدينة غرناطة الإسبانية، وكان جميع الذين شاركوا في هذه الدراسة متطوعين دون أي نوع من التعويضات أو الحوافز، وكانت طريقة التواصل بين المتقابلين والمقابلين هاتفية عن طريق وسطاء ينتمون لشبكات مستقلة غير مرتبطة بفريق البحث.

وقد خلصت الدراسة إلى العديد من النتائج التي قام الباحثون بتقسيمها إلى قسمين رئيسيين، الأول يرتبط بالمفهوم الذاتي (Subjective) للصحة والحساسية للمرض، في هذا القسم قامت النساء المشتركات في العينة بوصف صحتهن بأنها " جيدة " (Good) أو "سيئة " (Poor)، وكانت هذه الأوصاف تصدر بشكل كبير من السيدات متوسطات وكبيرات السن من الطبقات الاجتماعية الأقل ثراءً، واللاتي يربطن الصحة بمعاني التوازن الشخصي الذي يخسرنه تدريجياً مع مرور السنين، واختبار شعور ثابت بالإرهاق.

وفيما يخص الرجال المشاركين والمشاركات بالعينة، توصل فريق البحث من خلال نظرة معمّقة في الطرح المقدم من قبلهم إلى أن صحتهم لم تكن جيدة، وأن البعض قام بإظهار الصورة النمطية للرجل القوي "Tough Guy"، ولكنهم أظهروا في أوقات مرضهم مدى تأثرهم وشكواهم وخوفهم من المعاناة.

اشترك الرجال والنساء بالاعتقاد الثقافي بأن "النساء أضعف من الرجال نحو المرض"، وتم إعطاء الكثير من التبريرات لهذه الظاهرة، بما في ذلك العوامل التعليمية، والثقافية، وظروف الحياة غير المتكافئة بالإضافة إلى العوامل البيولوجية، حيث ربط الرجال الضعف تجاه المرض بالبيولوجيا فيما رفضت النساء هذا الطرح.

ويستدل من هذه الدراسة أنه ليست البيولوجيا وإنما السيسيولوجيا (وحتى السيكولوجيا) هي العامل المؤطر الذي يحيط بكل الاعتقادات والممارسات والتطورات في خبرة الصحة والمرض. ومن الممتع ملاحظة النتائج المتصلة بمحور التعامل مع المرض: فقد وجدت الدراسة أنه على الرغم من النظرة الثقافية السائدة في إسبانيا إلى المرأة باعتبارها أكثر ضعفاً، فإن كلاً من الجنسين وافق على أن الرجال أضعف عند الإصابة بالمرض، وأنهم يظهرون

توجساً اعتماداً على الآخرين عندما يواجهون المرض. وعلى الرغم من أن الرجال يظهرون عادة قدراً من القسوة والخشونة والقوة، فإن ذلك لا يكمن في العمق وإنما لا يظهر إلا على السطح فقط.

في خطاب أولي لتأكيد المكونات البيولوجية، تم تقديم أسباب بيولوجية لقدرة المرأة على التأقلم مع المرض خصوصاً الألم، حيث كان الطرح يرتكز على أن المرأة تصمد في وجه المرض بشكل أفضل لأنها مهيئة ومحضرة بيولوجياً للإنجاب والدورة التناسلية التي تجعل منها على تواصل مستمر مع الألم.

وفي توجه آخر لتأكيد المحددات الثقافية للمرض، تؤكد الدراسة أن عملية التنشئة الاجتماعية مبنية على معايير ثقافية وتربوية مرتبطة بمفاهيم الذكورة والأنوثة، فطبقاً لتأكيدات المجتمع والثقافة، وجد الباحثون أنه يتوقع من الرجال أن يقوموا بتبني سلوك يشير إلى القوة رغم أنهم يعتبرون أن هذا التظاهر والتفاخر يدمر صحتهم، في حين يتوقع من النساء في السياق نفسه، أن يظهرن قوة تمكنهن من القيام بمسؤوليات الرعاية في الأسرة والاهتمام بالآخرين.

ثانياً: الدراسات التي تناولت موضوع الأمراض المزمنة خصوصاً:

دخلت دراسة (Rook , and Others, 2011,) في عمق شؤون الأسرة (العلاقات بين الازواج، وتوزيع الأدوار،... إلخ) في حالات المرض المزمن، وبينت أن الأزواج في كثير من الأحيان ما يسعون لتغيير السلوك الصحي لبعضهما بعضاً، ولكن مثل هذه المحاولات بإمكانها أن تهيج المقاومة السلوكية والاضطراب العاطفي لدى أي من الطرفين، وتوقعات الأدوار الزوجية تجاه الشريك قد تؤثر على ردود الافعال على التحكم الاجتماعي بين الزوجين مع ذلك واحتمالية حدوث مقاومة وعدائية تقل لدى الأشخاص الذين يؤمنون بأنه يجب على الأزواج أن يتشاركوا في حياة أزواجهم الصحية. وأن المرضى الذين يتوقعون أن يقوم أزواجهم (خاصة الاناث) بالتدخل والمشاركة، كانت ردود أفعالهم أقل سلبية تجاه تحكم الأزواج بنمط حياتهم الصحي.

إضافة إلى ذلك، توضح الدراسة بأن الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة أكثر ميلاً إلى المقاومة والاستياء من تحكم وتدخل أزواجهم أكثر من ميلهم إلى تقدير هذا الاهتمام.

فهذه الدراسة كمية، وهو ما قد يشكّل مأخذاً تجاهها، إذ أن هذا النوع من الدراسات يحتاج إلى أن يقوم الباحث بالدخول إلى أعماق موضوع البحث عن طريق التعمق في الأسئلة الموجهة للمبحوثين، بحيث يمكن أن تكون المعلومات التي تم جمعها غير دقيقة، فلم تتعمق في

دراسة العينة لأن مثل هذه المواضيع تحتاج إلى تعمق كبير في الأسئلة المطروحة والأجوبة المعطاة. كما أن متوسط أعمار المشاركين والمشاركات كبير نوعاً ما (66.89)، وبذلك تم إغفال الأزواج الأقل سناً.

ركّز كل من (Wikman, Wordlek, and Steptoe, 2011) في دراستهم على تأثير المرض على نوعية الحياة التي يعيشها المريض، مع التنويه بأن هناك قلة في الدراسات التي قامت بتقييم تأثير الحالات المزمنة على نوعية الحياة بشكل عام، وهدفت هذه الدراسة إلى مقارنة نوعية الحياة بشكل عام مع مدى السعادة وتأثيرهما على الأشخاص متوسطي العمر وكبار السن عبر ثمانية أمراض مزمنة.

وتوصلت الدراسة إلى وجود مرض مزمن مرتبط باعتلالات في الجوانب الأوسع من نوعية الحياة، ولكن اختلاف الحالات تتنوع في تأثيرها على نوعية الحياة. ومن التوصيات التي صدرت عن هذه الدراسة، أنه يجب القيام بالمزيد من العمل البحثي للتمكن من إنشاء روابط يمكن دراستها بين المرض المزمن والاعتلالات في نوعية الحياة.

ركزت هذه الدراسة على الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن الخمسين، كما وأغفلت جنس المريض، لكنها أفادت الباحثة في أنها بحثت موضوع الاعتلالات في نوعية الحياة بسبب المرض المزمن، وأقرت بوجود نقص في الدراسات التي تهتم بموضوع نوعية الحياة ضمن إطار المرض.

وبينت نتائج دراسة (**Munir, Pryce, and others, 2006**) أن النساء يذكرن أعراض أكثر لأمراضهن، وكن أكثر عرضة لإدراك الدعم العاطفي من الآخرين على أنه مهم في إدارة أمراضهن، وفي المقابل فالرجال أكثر عرضة للغياب بسبب المرض ويذكرون أن أعراض المرض أكثر تواتراً (تكراراً). وبهذا يتبين أن الدعم العاطفي هو أفضل مؤشر للإفصاح لدى الجنسين. واستهدفت هذه الدراسة 5000 موظف في إحدى الجامعات في المملكة المتحدة، واستجاب للدراسة ما مجموعه 734 شخصاً من المصابين بمرض مزمن، وكانت الدراسة كمية فلم تستطع أن تدخل في عمق الموضوع وعمق المشكلة لدى المشاركين والمشاركات، كما لم يتم التأكد من صحة المعلومات المعطاة من قبل المشاركين والمشاركات.

ووجدت دراسة الباحثين (Cigrang, Hryshko-Mullen, and Peterson, 2003) أن الأشخاص الذين يمرون بحالة توتر بسبب الإصابة بمرض مزمن غالباً ما يتوجهون إلى القيام بأنشطة دينية (عقائدية) بهدف التأقلم، وقامت الدراسة بمقارنة التأقلم عن طريق الأنشطة العقائدية في ثلاث مجموعات من المرضى المصابين بثلاث أمراض مختلفة هي: السرطان (الذين يستعدون لعملية زراعة نخاع العظم)، وأمراض القلب، والألم المزمن.

ووجدت الدراسة أن النسبة العظمى من الذين توجهوا إلى الجانب الديني العقائدي كوسيلة للتأقلم مع المرض هم من كانوا مصابين بالسرطان، ومن بعدهم مرضى القلب، ومن ثم المصابين بالآلام المزمنة.

وتستخلص هذه الدراسة أن هناك علاقة طردية ما بين خطورة المرض وزيادة التوجه إلى الجانب الديني للتأقلم مع هذا المرض، فكلما زاد المرض تهديداً لحياة المريض كلما زاد توجهه إلى الأنشطة الدينية (أي العبادات من صلاة وصيام وغيرها).

لم يأخذ فريق البحث بعين الاعتبار تساوي عدد المصابين بالأمراض الثلاثة موضوع الدراسة وهذا ما يمكن اعتباره مأخذا على هذه الدراسة، لكن الدراسة مهمة ومفيدة بالنسبة للباحثة والجانب الديني هو أحد الجوانب التي تبحث فيه الباحثة وتضمنته الدراسة الحالية.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت مرض السكري خصوصاً

ومن الدراسات الحديثة ذات الصلة المباشرة بالدراسة الحالية، دراسة في السويد قام بها (Sevenningsson, and Marklund, Attvall, and Gedda, 2011)، حيث اشترك في هذه الدراسة 287 فرد مصاب بالنوع الثاني من مرض السكري، وتناولت هذه الدراسة الفئة العمرية 30-75 من المصابين بالنوع الثاني من مرض السكري من أصحاب الوزن الطبيعي والوزن الزائد دون الأخذ بعين الاعتبار طبيعة العلاج أو مدة الإصابة بالمرض، وعند التقدم في العمل على الدراسة وجد الباحث أن عدد المشاركين والمشاركات غير كافٍ للتوصل إلى النتائج المرجوة من هذه الدراسة لذلك تم اختيار مجموعة أخرى قسمت على أساس الوزن الطبيعي والوزن الزائد .

توصلت دراسة العلماء السويديين في نتائجها إلى أنه وعندما تمت مقارنة الأفراد أصحاب الوزن الطبيعي بأصحاب الوزن الزائد لم يتم إيجاد فرق كبير بين الرجال والنساء من ذوي الوزن الطبيعي، ولكن هناك فروق كبيرة بين النساء والرجال في حالة ذوي الوزن الزائد. اخذت هذه الدراسة متغير واحد فقط فيما يخص العينة ألا وهو الوزن، وقد أغفلت الدراسة مدة

المرض ونوعية العلاج، وهذا يعتبر من المآخذ على هذه الدراسة، فالمرض متغير مهم؛ لأن مدة المرض القصيرة لن تعطي بيانات دقيقة وصحيحة، وهو ما يؤثر في إدراك المريض وتقيمه لنوعية حياته

وفي دراسة أجراها (Chesla, Chun, 2005) على العائلات الأمريكية من أصل صيني، تم جمع المعلومات باجراء المقابلات الجماعية لست عشرة عائلة، وكانت كل مجموعة تضم 3-6 مشاركين، وتم التركيز على قصص المشاركين والمشاركات عن العناية اليومية بمرض السكري وعن تأثيره على الحياة الشخصية والعائلية. وتمت مقابلة المرضى المصابين بالسكري وأزواجهم بشكل منفصل؛ كي تكون الأسئلة محددة لكل منظور من المنظورات التي سيتم التطرق اليها.

وركزت المقابلات على استخراج قصص واقعية من تجارب المصابين بالسكري وأزواجهم، لا سيما فيما يتعلق بنجاح وفشل الرعاية بمرض ومرضى السكري، بالإضافة إلى التعامل اليومي ونقاط التحول في العناية.

الاستجابة الرئيسية لمرض السكري لدى الأمريكيين من أصل صيني المصابين بمرض السكري وعائلاتهم كانت التكيف (Accommodation)، حيث يتمثل التكيف بالمخاوف الاجتماعية والممارسات المرتبطة بخلق التوازن المرغوب في نوعية الحياة مع عناية موصى بها للمرض، والحفاظ على علاقات اجتماعية سلسة في وجه متطلبات المرض، والتوازن بين الانتباه والقلق لدى الفرد المريض مع الانتباه إلى احتياجات الأسرة بأكملها، بالإضافة إلى الاهتمام بالسكري مع أدوار والتزامات اجتماعية أخرى.

وقد تطرقت الدراسة إلى هذه الجوانب كل على حدة كما يلي:

في الجانب الأول كان هناك تنوع في درجة الخصوصية التي شعر بها المصابون بمرض السكري وبضرورة الحفاظ عليها فيما يتعلق بالمرض، بالنسبة للبعض، فإن التكيف يمتد لدرجة إخفاء المرض عن الآخرين، وقد استطاعوا تحقيق ذلك عن طريق اختيار الطعام الذي يحتاجون إليه بطريقة خفية، وعن طريق عدم التكلم عن القيود المفروضة على النظام الغذائي، بهذه الطريقة فإن المصابين بالسكري لم يريدوا لعائلاتهم وأصدقاءهم بأن يشعروا بأنهم مجبرين على تلبية التوقعات الثقافية للتكيف.

وفي الجانب الثاني كان موضوع حماية نوعية وطعم الطعام بالنسبة للعائلة قلقاً مفروضاً على العديد من المصابين بالسكري الأمريكيين من أصل صيني، وسلموا بصحة أن الطعام الجيد والوجبات المتجانسة هي أساسية لنوعية حياة الأمريكيين من أصل صيني.

أما الجانب الثالث فقد أظهر المصابون بمرض السكري استجابات منسجمة ثقافياً لجهود أسرهم للتأثير على إدارة المرض، وبشكل عام فإن المصابين بمرض السكري الأمريكيين من أصل صيني فسّروا جهود العائلة للانخراط في إدارتهم لمرض السكري على أنه شكل من أشكال الرعاية، وتشريع لدورهم المتبادل للمسؤوليات كأفراد أسرة.

كما وأظهر المصابون بالسكري الأمريكيون من أصل صيني اهتماماً للحفاظ على تناغم علاقاتهم العائلية على الرغم من أعراض السكري التي في بعض الأحيان تتضمن الإعياء وحدّة الطباع.

كما وتوصلت الدراسة إلى أن محددات تناول الطعام عند الإصابة بمرض السكري شكلت تحدياً للأمريكيين من أصل صيني لا سيما في جهودهم نحو استقبال وتقديم العناية، بالإضافة إلى اعتراف المصابين بالسكري بأن توفير أنواع خاصة من الطعام تتناسب مع التعامل مع المرض يعتبر بعداً مهماً من أبعاد العناية الأسرية.

أما فيما يتعلق بتكيف الأزواج مع مرض أزواجهم، تم التشديد على موازنة تناغم العلاقات الاجتماعية مع وجود المخاوف المتعلقة بمرض السكري؛ الأزواج؛ كما المرضى أنفسهم يشعرون بالقلق إزاء الممارسات الموجهة لمتطلبات المرض، ولكنهم في ذات الوقت قاموا بالتكيف مع مخاوف أوسع من هذه في حياتهم. فالأزواج يملكون تحكماً غير مباشر بالمرض، فتكيفاتهم اجتماعية خالصة أو شخصية وتهدف إلى التأثير على إدارة مرضى السكري للمرض.

النقاشات الجماعية قد تكون مفيدة حقاً في موقف العصف الذهني لإيجاد حلول لقضية أو مشكلة اجتماعية أو مرض معين يهمّ أفراد المجموعة. ولكنها قليلة الفائدة من حيث إتاحة الفرصة للفرد المصاب بالمرض في ذكر الأسباب الحقيقية لمرضه في حضور الآخرين.

ولكنها دراسة مهمة وتدعم الدراسة الحالية بشكل كبير من حيث أنها تدرس موضوع التكيف، وتغيير أنماط الحياة لتتناسب مع السكري، وكيفية تغيير هذه الأنماط لدى الشخص نفسه

أو ضمن أسرته والمجتمع المحيط، كما وأن أهداف هذه الدراسة تتشابه إلى حد ما مع أحد أهداف الدراسة الحالية.

وبعد المراجعة النقدية للدراسات المعروضة سابقاً، لاحظت الباحثة بأن هذه الدراسات تهتم إما بتأثير المرض على نوعية الحياة بشكل عام، أو بالتأقلم مع المرض، أو بالاختلافات الجندرية في تعامل المجتمع المحيط مع المصاب بالمرض، لذلك اختارت الباحثة أن تركز في دراستها الحالية على الاختلافات في التعامل مع المرض نفسه من منظور جندري، فقد أغفل العديد من العلماء التطرق إلى هذه الجزئية المهمة كونها تلفت النظر إلى الاختلاف الجندري في الاستجابة والتكيف والتعامل مع المرض المزمن، ومرض السكري خاصةً، وذلك لأنه صاحب أعلى نسبة إصابة في العالم، ولعل هذا هو الإسهام المعرفي الرئيسي الذي تقدمه هذه الدراسة في المجال الطبي الاجتماعي عموماً وفي مجال الدراسات الجندرية خاصةً.

3-2 الإطار النظري:

الأسرة والنظام الاجتماعي:

تعتبر الأسرة المؤسسة الأقدم والأعرق بين المؤسسات التي يقوم عليها المجتمع. وتغيرت الأسرة عبر العصور في تكوينها وحجمها ووظائفها، وتحولت عبر التاريخ من الأسرة البدائية (التي سادت فيها المرأة بشكل أو بآخر وتميزت بتعدد الأزواج للمرأة الواحدة)، إلى الأسرة التي غلبت عليها الهيمنة الذكورية، ثم اكتسبت المرأة النفوذ في بعض الفترات التاريخية خاصة في النزاعات والحروب، إذ أصبحت مسؤولة عن الأسرة والبيت بسبب غياب الزوج في الحرب أو الغياب للعمل لفترات طويلة في الغوص في البحر للبحث عن اللؤلؤ في مجتمعات الخليج العربي قبل اكتشاف النفط. ورغم أن الديانات السماوية قد أعطت المرأة الحقوق الكاملة، إلا أن هناك تفاوت في درجة تخلص هذه المجتمعات من ذكوريتها. (ساري، حلمي، 2008).

وساد المجتمعات عبر العصور نوعان من الأسر: الأسرة الممتدة، والأسرة النواة.

ويمكن تعريف الأسرة الممتدة (Extended): بأنها الأسرة الكبيرة التي تضم الزوج والزوجة والآباء والأجداد إضافة إلى الزوجات والأبناء، وهذه الأسرة كانت مرتبطة بالنظام القبلي والزراعي لأسباب كثيرة، أما اليوم فهي بانحسار كبير. أما نمط الأسرة السائدة اليوم هي الأسرة النووية (Nuclear)التي لا يمكن أن تجزّأ لأصغر منها، فهي الوحدة التي تضم الزوج والزوجة

والعدد القليل من الأبناء، ونظام وحدة الزواج، والملاحظ في هذه الأنظمة أن جميعها اكتسبت الطابع الذكوري المسيطر والمستبد في بعض الثقافات (ساري وآخرون، 2008).

يتوقف نجاح الأسرة وفشلها كوحدة زوجية إلى حد كبير على توزيع القوة فيها، وذلك لأن القوة هي المحرك الرئيس لشتى أنواع النشاطات والتفاعلات الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها، وتعتبر القوة التي يملكها كل فرد من أفراد الأسرة، وخاصة الزوج والزوجة، دليلاً دقيقاً وانعكاساً واضحاً لقوة أو ضعف الدور الذي يمارسه كل فرد فيها (ساري، حلمي، 1992).

تحمل الأسرة بشكل عام مجموعة من الخصائص، وتختلف هذه الخصائص باختلاف بنية الأسرة، إذ تختلف الأسرة العربية بخصائصها عن الأسرة الغربية بأنها ذات "بنية هرمية" ويتم تقسيم العمل والنفوذ والمكانات والقوى على أساس هذا المبدأ الهرمي. ويلعب النوع الاجتماعي دوراً هاماً في تحديد أو تعيين التوزيع للقوة وذلك بتربّع الرجل على رأس هذا الهرم السلطوي، وتحكمه بأنشطة الأسرة الاقتصادية والاجتماعية، ويتم إعطاء الدور الثانوي التكميلي في الهرم للمرأة (ساري، حلمي، وآخرون، 2005).

ويعتبر المجتمع العربي مجتمعاً أبوياً / بطريركياً (Patriarchal)، وهو نظام اجتماعي يرتكز على العادات والتقاليد، بحيث يشكل أكبر الذكور أو الأب سلطة مطلقة أو جزئية على الزوجة والأولاد وبالأخص الفتيات، وينقسم النظام الأبوي إلى نوعين : النظام الأبوي الخاص، والنظام الأبوي العام، والنوع الذي يهمنا في هذه الدراسة هو النظام الأبوي الخاص والذي يقوم على سيادة الرجل على المرأة في المنزل، ضمن استراتيجية الإقصاء والتهميش للمرأة من خلال منعها من أخذ فرصة متساوية مع فرصة الرجل في الحياة العامة (شرابي، 1988).

في المجتمع العربي يتم إكساب الفرد صفة الذكورة أو الأنوثة قبل ولادته كما هي في الموروث الثقافي للمجتمع، ويتم تعميق التمييز المبني على الجنس بعد الولادة خلال عملية التنشئة الاجتماعية، حيث يتم تهميش ووضع الفتاة في مكان المواطن من الدرجة الثانية في المجتمع، بينما يتم تفضيل المواليد الذكور على أساس أنهم "العزوة "، ودليل على استمرارية العائلة، وبعد ذلك تكبر الفتاة ويأتي دورها لتكون أماً فتعيد إنتاج الثقافة بأن تنتظر إنجاب الولد، ويبقى لديها ذلك الشعور بالنقص حتى تنجب الذكر، فتكون بذلك تربعت على عرش "أم الولد"، بينما يتم وضع الأمهات اللواتي ينجبن الإناث في قاعدة قائمة المستويات الاجتماعية (حلمي، 1997). والعملية التي يتم بموجبها تحديد وتعيين هذه الترتيبات الأسرية هي عملية التنشئة الاجتماعية (Socialization)، ويمكن تعريف مفهوم التنشئة الاجتماعية بأنها العملية التي يتم

بها انتقال الثقافة من جيل إلى جيل، والطريقة التي يتم بها تشكيل الأفراد منذ طفولتهم، وهي عملية حيوية تتولاها المؤسسات الاجتماعية الرئيسية كالأسرة والمدرسة والجامعة والدولة، وتستمر آثارها حتى مراحل متقدمة من العمر، لتنتقل بعدها إلى الجيل التالي.

ومع أن الأسرة هي الهيئة الأولى التي يوكل إليها القيام بعملية التنشئة الاجتماعية متفردة أو متعاونة مع المدرسة والجامعة، إلا أننا اليوم بصدد هيئات ووكالات أخرى كثيرة أهمها مجموعات الأقران (Peer Group)، ووسائل الإعلام والاتصال (خاصة التلفزيون وشبكات التواصل الاجتماعي)، وهي من أهم وسائل التأثير على الفرد وتنشئته، خاصة في زمن "العولمة" (Globalization) الجارية اليوم في مجتمعاتنا وفي العالم أجمع بصورة واسعة خاصة بين الشباب. ذلك بالإضافة إلى مجموعة من وسائل التأثير الأخرى التي تؤثر في عملية التنشئة الاجتماعية وتتمثل هذه المؤثرات بحجم الأسرة والوضع الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي، بالإضافة إلى النوع الاجتماعي للفرد داخل الأسرة، فصغر حجم الأسرة يؤدي إلى زيادة الرعاية الموجهة للفرد مما يجعل من تنشئته الاجتماعية تنشئة أفضل، والوضع الاقتصادي يؤثر من حيث قدرة الأسرة على توفير احتياجات الفرد، والطبقة الاجتماعية والمستوى التعليمي عوامل تؤثر في نقل واستيعاب وتمثل مضمون الثقافة المجتمعية الكلية والطرق التي يتم فيها هذا النقل، بحيث تصبح جزءاً متكاملاً ومستمراً في شخصيات الأفراد، كما ويؤثر نوع العلاقات الأسرية في عملية تنشئة الفرد اجتماعياً، فالأسرة المتماسكة تخلق جواً أفضل لنمو الفرد وتنشئته من الأسرة التي يسودها التوتر والمنع والقمع في العلاقات والتفاعلات التي تصيب أفرادها بكثير من الأمراض (الحسن، 2005).

ومن الأمور التي تؤثر أيضاً في عملية التنشئة الاجتماعية في المجتمع العربي، أن الأسرة العربية تقوم بتعميق فكرة الواجبات أكثر من فكرة الحقوق، أي أن المجتمع العربي يهتم عند تنشئته لأجياله المتعاقبة بأن يضع مفهوم القيام بالواجبات الموكلة إلى أفراده بشكل تام، وبأهمية تطغى على الحقوق التي يمتلكها هؤلاء الأفراد (حمودة، 2009).

ولثقافة المجتمع الدور الأكبر في عملية التنشئة الاجتماعية لدرجة يمكن فيها أن نقول إن التنشئة الاجتماعية هي تنشئة ثقافية المضمون، فلكل مجتمع ثقافته الخاصة المميزة له، التي تكون ذات تأثير مبكر ومستمر على شخصيات الأفراد. وثقافة المجتمع هي التي تصنع الهوية (Identity) صنعاً ثقافياً. وتتنوع في أنماط التنشئة الاجتماعية وتتباين في درجات تحولها من

أشكال تقليدية خالصة تهتم بإعادة إنتاج ذاتها الثقافية إلى أشكال جديدة من الانفتاح على الثقافات الأخرى والوعي بالآخر والحرص على التفاعل معه.

والثقافة هي مجموعة من الأنظمة الرمزية كاللغة ونظام القرابة والفلسفة والدين والفن والعلم وطريقة اللباس والمشي وحمل الجسد، فهي سلطة رمزية تتولى مهمة الإقناع والاعتقاد، وهذه الأنظمة هي التي تنظم العلاقات الاجتماعية، وتقيم الحدود بن المسموح والممنوع، الحق والباطل، والخير والشر (العتوم، 2012).

والثقافة ليست ثابتة، وإنما تتغير نسبياً بتغير المجتمع، وبالتالي فإن التنشئة أيضاً عملية متغيرة تتأثر بالمجتمع وتتغير بتغير متطلبات الحياة، فأفراد المجتمع يتعرضون باستمرار لخبرات جديدة، كخبرة المرض، التي تعمل على تعديل هذه الخبرات في شخصياتهم وأسلوب حياتهم وتنشئتهم أيضاً (حسن، 2007).

ونستنتج مما سبق أن التنشئة الاجتماعية والموروث الثقافي هما اللذان يعطيان الفرد تصوراته حول ذاته، وتصورات الآخرين له، ويعطي المجتمع للمرأة العربية تصوراً لنفسها بأنها تابعة للرجل، خاضعة له، ومعتمدة عليه، ويتم تعميق وتأصيل هذه " الأدوار التقليدية " لكل من المرأة والرجل عن طريق اللغة والتعليم ووسائل الإعلام وغيرها.

يلعب الإطار النظري الدور الأكبر في استجلاء المفاهيم ومحددات التفسير والتحليل لأي بحث علمي جاد.

تناولت النظريات الاجتماعية الكبرى (Grand Theories) موضوع الصحة والمرض بكثير من العمومية، ومن هذه العمومية النظرية، حاولت الباحثة النفاذ إلى مجريات المرض المزمن كموضوع اهتمام بحثي، كما حاولت إيجاد الصلة النظرية للبحث في المرض المزمن وتأثيراته في نسق العلاقات والتفاعلات والتغيرات الأسرية في كل من النظريات التالية:

النظرية الوظيفية البنائية:

ترى النظرية الوظيفية البنائية (Structural Functional Theory)، مثلا، أن المجتمع عبارة عن نظام (System) مقسم إلى أجزاء، تعمل هذه الأجزاء معاً بصورة مستقلة استقلالاً داخلياً متبادل الوظائف لتحقيق توازنه (Equilibrium) واستقراره (Stability) واستمراره (Continuity). (غدنز،2005)

وفي هذه النظرية يمكن ملاحظة المماثلة " العضوية " (Organic Analogy) بوضوح بين المجتمع الحي والكائن الحي في الأجزاء والوظائف، والنشأة والتطور، وفي الحرص على التوازن والاستقرار والاستمرار. يدافع أصحاب هذه النظرية (بارسونز Parsons، وميرتون Merton، مثلاً) بكثير من نزعة المحافظة عن مفاهيم " الإجماع الأخلاقي " (Moral Consensus)، " القانون والنظام " (Law and Order)، و"التوازن التام والدائم" (Equilibrium). ويستبسلون في الدفاع عن الوضع القائم " Status Quo "

الدور المريض:

أوجد بارسونز (T.Parsons)، أحد أشهر رواد النظرية الوظيفية مفهوم "الدور المريض" (The Sick Role)، كآلية تبريرية لإعفاء المريض من متطلباته الاجتماعية. إذ يؤثر المرض على الفرد في أدائه لدوره الاجتماعي مما يجعله يؤثِر على الانسحاب من الأحداث والتفاعلات والالتزامات الاجتماعية تجنباً لمجموعة من الجزاءات الاجتماعية المقررة لقاء العجز عن أداء الدور الاجتماعي المعتاد.

وبالاعتماد على نظرية "الدور المريض" لبارسونز، نستنتج أن المرض يقوم بكسر نظام معين ألا وهو النظام الاجتماعي. حيث يعطي المجتمع صفة "المريض" للشخص الذي يلعب هذا الدور، ولو بشكل مؤقت، من خلال إعفائه من أدواره الاجتماعية لمدة معينة.

يعطي بارسونز وصفاً للدور المريض على أنه دور طارئ ومؤقت، سببه سلبية الفرد حيث أنه يعجز عن أن يبقى سليماً.

وبحسب نظرية بارسونز، فإن الدور المريض يعطي الفرد حقوقاً ويفرض عليه التزامات، ومن هذه الحقوق: أن الفرد يعفى من مهامه الاجتماعية. ويتضمن هذا الدور أيضاً أن المريض "غير مسؤول" عن مرضه، وفي ذات الوقت يتحمل هذا المريض التزامات منها: أن الفرد المريض يجب عليه أن يحاول أن يتحسن، وأن يقوم بطلب المساعدة من الناحية الفنية المختصة وذلك عن طريق التعاون مع أخصائي المهن الطبية (Parsons, 1951).

وعلّق بعض النقّاد (Gerhardt، مثلاً) بأن بارسونز قد أعطى الفرد في نظرية الدور المريض طريقاً ينسحب عبرها من أية التزامات اجتماعية مفروضة عليه ضمن ثقافة المجتمع الذي يعيش فيه. ولأن المرض بطبيعته لا يُساعد عادة على مثل هذا الاستقرار والاستمرار

العائلي والمجتمعي فإن النظرية تعتبره " خللاً وظيفياً " طارئاً في العلاقات والتفاعلات الأسرية والمجتمعية (Gerhardt, 1979).

وبالتطبيق على مرض السكري - موضوع هذه الدراسة - قد يفيد تحليل بارسونز الاجتماعي الطبي بأن الأسرة تلعب دوراً رئيساً في هذا المرض، وفي دعم الأفراد المصابين به داخل هذه الأسرة، وبأن المجتمع المحيط هو الذي يقوم بتكوين الحالة وتوسيع الهالة حول المصاب بالسكري، ويبدأ كل من الأسرة والمجتمع بالتعامل مع هذا الفرد على أساس محددات مرضه، فيدخل طواعيةً أو قسراً، بالدوران في حلقة الدور المريض، ويبدأ مرضه العضوي بالتحول إلى مشكلة اجتماعية.

فالنظرية إذن ضرورية لتأطير الدراسة. ولكنها غير كافية لتغطية جزئياتها وتطوراتها اللاحقة. فالنظرية هنا تغطي "بكفاءة" المتطلبات الأسرية والترتيبات الاجتماعية الأساسية وهي:

- تأكيد النظام الاجتماعي القائم (توزيع الأدوار الاجتماعية).
- تأكيد الفعالية الوظيفية (استقرار واستمرار الوحدات الاجتماعية الكبرى).
- الاعتراف المشروط بالخلل الوظيفي الطارئ (المرض والاضطراب المؤقت للعلاقات العائلية والمجتمعية).

وبما أن هذه الدراسة تتحدث عن نوع من التفاعل مع المحيط الاجتماعي خاضع لعوامل مرضية معيقة فإنها لا تقيم وزناً للشعور الذاتي للفرد المريض، ولا تراه إلا خاضعاً للمجتمع، كما أن الوظيفية البنائية المصرّة على موقفها الثابت بأن المجتمع كلٌ متماسك متشابك المكونات مستمر ومستقر على كل حال، ولا يمكنها رغم أهميتها التأطيرية أن تقدم لهذه الدراسة إلا تفسيراً جزئياً فقط.

المرض (Disease) هو حالة مرضية مشخّصة موضوعياً Objective من قبل الأطباء اعتماداً على ما يجسدها من أعراض وعلامات ودلالات مَرَضية.

أما الشعور بالمرض (Illness) فهو إحساس ذاتي Subjective شخصي بعدم الرضا والارتياح، بالإضافة إلى الميل نحو الشكوى والتذمر، مؤدياً إلى تنغيص مجرى الحياة اليومية لصاحبه.

وتبرز حالة الاختلاف والتناقض بين المرض والشعور بالمرض في مواقف وحالات منها: حالة المتمارضين (Malingers)، إذ يرى المصابون بهذه الحالة أنفسهم مرضى على الرغم من عدم وجود تشخيص طبي يثبت وجود مرض لديهم. والحالة الأخرى المعاكسة، هي حالة إنكار الفرد لمرضه إذ يتم إثبات وتشخيص إصابته بالمرض، لكنه يرفض فكرة مرضه أو الاعتراف بأنه مريض.

إن مفهومي الصحة والمرض مفهومان محددان ثقافياً، فالتجربة المسماة بالشعور بالمرض وما يرافقها من أعراض (Symptoms)، وتحديد هذه الأعراض (التشخيص الطبي) ما هي إلا عمليات تواصل ووسائل اتصال (بل وتفاوض) بين المريض والطبيب (المعالج) للوصول إلى إعطاء تفسير اجتماعي ذي مضمون ثقافي لمجموعة الأعراض هذه فالمرض إذن، تجربة ذاتية وموضوعية في آن واحد. ولا يمكن التوصل إلى تشخيص مرض معين يجد معنى عند المريض وأسرته إلا من خلال تلاقي المعارف الطبية والمنظومات الاجتماعية الثقافية معاً (ساري، سالم، 1996).

ويقتبس الدكتور سالم ساري في دراسته للبناء الاجتماعي للحقيقة الطبية، أن علامات المرض وأعراضه بؤرة يتجسد فيها عمق الذاتي والموضوعي معاً، فرغم أنها حقائق مقروءة طبياً، ورموز (Symbols) ثقافية، وفهارس (Index) جسمية ونفسية واجتماعية، فإنها تظل موضعاً للتفسيرات والتأويلات والصور والتصورات والقراءات المتباينة ثقافياً في الزمان والمكان. ونستدل من هذا أن الأعراض المرضية ليست مهمة في حد ذاتها، وإنما في دلالاتها ومعانيها وتفسيراتها الاجتماعية الثقافية.

التفاعلية الرمزية (Symbolic Interactionism):

درس ميد (G.H.Mead)علاقة الفرد بالجماعة والمجتمع، من خلال عملية التفاعل الرمزي في الجماعات الصغيرة، وكيف يتم تشكيل الذات والعقل من ناحية، وتشكل ما هو اجتماعي ثقافي من ناحية أخرى، ثم العلاقات بين الجانبين وارتباط هذه بالسلوك والفعل الإنساني (ساري، عثمان،2009).

ويجد التفاعل معناه ضمن إطار الأفعال (Actions) وردود الأفعال (Reactions) على مستوى المجتمع المصغر (Micro) أو المجتمع الكبير (Macro).

كما وتبنى الذات عن طريق عملية التفاعل المستمرة داخل المجتمع بين الفرد والجماعة، حيث تشكل الجماعات التي ينتمي إليها الأفراد والمسماة "الجماعات المرجعية" (Reference Group) الطريقة التي يقوم من خلالها الفرد بتكوين ذاته ووضع الأطر الخاصة بحياته، إذ لا يمكن تعريف الفرد إلا بتعريف جماعته، ونظرة الفرد لذاته لا تكون إلا بوجود وحدود نظرة الجماعة إليه.

ويذهب جوفمان (E.Goffman) أحد أشهر أصحاب النظرية: إلى أن الهوية هي اجتماعية التكوين والصنع والتشكيل أولا وأخيراً؛ تبنى الذات داخل سياقات الحياة الاجتماعية ومجرياتها، وتكتسب أفعال الفرد وسلوكياته معناها من خلال التفاعل مع الآخرين، وتنظم الحياة الاجتماعية عن طريق اللغة والمعاني والرموز، حيث يتطور الشخص ويزيد وعيه الاجتماعي عبر تطور اللغة، ويتم التفاعل عن طريق ما يتعلمه الفرد من رموز لها معان ودلالات (ثقافية) إذ يجب عليه أن يتعلمها أيضاً (عثمان وساري، 2008).

إن التفاعل هو الطريق لإدراك الأشياء ومعانيها وتفسير الأحداث وفهم الرموز، وهذا كله هو ما يبني الحقيقة 'بما فيها الحقيقة الطبية' بناءً اجتماعياً خالصاً (Reality is Socially Structured)

إذن الحقيقة تبنى من خلال تفاعل دائم بين الذات والآخر فليس المجتمع وحده هو من يصنع الفرد، وإنما يشارك الفرد تفاعلياً في صناعة المجتمع أيضاً. ويبدو أن للذاتي (Subjective) أولوية على الموضوعي (Objective) في التحليل الاجتماعي الذي تقدمه التفاعلية الرمزية. فليس الوقائع والأحداث والظواهر المجتمعية (الخارجية) هي التي يجب أن ينصب عليها البحث الاجتماعي، وإنما صور (Images) المرضى وتصوراتهم (Perceptions) واعتقاداتهم (الداخلية) يقدر أكبر (ساري، سالم، 1996).

وتساعدنا التفاعلية الرمزية في جانبها الثقافي الهام على تعريف المرض وتحديده وتأطيره ثقافياً. إذ لا تعريف لمرض معين تعريفاً موضوعياً (Objective) منعزلاً عن تعريفه الذاتي (Subjective)، ولا أدوار معطاة لأشخاص أو مكانات معطاة لجماعة بصورة ثابتة أو مطلقة، وإنما هي محددة ثقافياً ومتغيرة اجتماعياً (ساري، سالم، 1996).

نظرية العنونة (Labeling Theory)

نظرية العنونة تنظر إلى المرض باعتباره "انحرافاً" (Deviance) عن حالة السواء (Normality) المجتمعي، أو على الأقل اعتباره "اختلافاً" (Difference) خارجاً عن السائد والمألوف أو يكسر نظاماً اجتماعياً ثقافياً معيناً.

وعادةً ما يعامل المرض المضخّم في تصورات الناس (Stereo Typed Image) (كالجنون، أو المرض المعدي، مثلا) على أنه وصمة اجتماعية معينة (Stigma) من نوع معين، غالبا ماً يتم عزل صاحبه أو فصله أو تجنب التفاعل معه. ولكن مرضى السكري عندنا (ربما كما هم في أي مكان آخر) لا تلحق بهم عادةً رغم خطورة مرضهم مثل هذه الوصمة والعزل والفصل (Becker, 1973).

فأعراض مرض السكري تعني أشياء مختلفة عند أناس مختلفين وتثير ردود فعل مختلفة في سياقات ثقافية مختلفة. فالسكري عندنا على درجة من الشيوع والانتشار بحيث أنه يقابل كأمر عادي (Normal) وحدثاً مألوفاً ثقافياً نسبياً في مجتمعنا. بل أنه يمر أحياناً دون ملاحظة أو متابعة، ونتيجة لهذا التقبل أو التفهم أو حتى التعاطف الاجتماعي الثقافي، لا يتم عزل صاحبه أو حجبه عن الاتصال والتفاعل مع الآخرين.

فليس من الصعب ملاحظة، كما يلاحظ البروفيسور كامل العجلوني، أستاذ أمراض السكري والغدد الصماء، أن "الأردنيين حلويون بطبعهم" يغرقون أنفسهم في "عاداتهم السكرية القاتلة"، في مناسباتهم "الحلوة المفرحة" التي ليس أقلها تهاني التوجيهي، وحفلات الخطوبة والزواج، وحتى احتفالات الفوز في الأعراس الانتخابية، والمباركة في المناصب والتعيينات والترقيات.... !!

الفصل الثالث

منهجية الدراسة

3-1 المقدمة.

3-2 تصميم الدراسة.

3-3 أخلاقيات الدراسة.

3-4 عينة الدراسة.

3-5 أدوات الدراسة.

3-6 إجراءات الدراسة.

3-7 التحليل النوعي.

3-8 الخلاصة.

منهجية الدراسة

1-3 المقدمة

يتضمن هذا الفصل وصفاً للمنهجية التي اتبعتها الباحثة من حيث تصميم الدراسة واخلاقياتها وعينتها والأدوات التي تم استخدامها والإجراءات التي تم اتباعها، بالإضافة إلى طريقة التحليل النوعي للمقابلات التي قامت بها الباحثة للتوصل إلى النتائج النهائية لهذه الدراسة.

2-3 منهجية الدراسة:

تندرج هذه الدراسة ضمن بحوث الأنثروبولوجيا الطبية، ولأن الدراسة تستهدف دراسة مرض السكري من نواحٍ اجتماعية ثقافية، فإن الطريقة/المنهجية الملائمة التي يمكن إتباعها لجمع المعلومات هي طريقة البحث النوعي (Qualitative) باستخدام أحد أساليبه ألا وهي البحث السردي (Narrative Research).

والبحث النوعي منهجية بحث معتمدة في العديد من التخصصات الأكاديمية الإنسانية الاجتماعية، ويهدف إلى التعمق في فهم سلوك الإنسان والأسباب التي تحكم هذا السلوك.

ويأتي البحث النوعي أساساً من مجموعة من العلوم الإنسانية والاجتماعية (علم الأنثروبولوجيا وعلم الاجتماع وعلم النفس)، التي تسعى إلى تقديم تفسير وتحليل وفهم أعمق للظاهرة المدروسة. وينطلق من أن الحقيقة متغيرة ومتعددة وليست ثابتة، تتشكل وتبنى تبعاً لفهم مجموعة من الأفراد للواقع الاجتماعي. ويعتبر البحث النوعي أن الاختلاف الذي تتضمنه الحقيقة لا يمكن حلّه بالتحليل المنطقي الموضوعي حسب منهجية البحث الكمي أو بزيادة حجم البيانات.

ويعرف كريسويل (Creswell, 2013) البحث النوعي بأنه عملية تحقيق للفهم المعمق المبني على طرق منهجية متميزة لاستكشاف مشكلة بشرية أو اجتماعية بطريقة التبحر في خبرة الشخص عن قرب والدخول إلى أعماق التجربة التي يعيشها.

ويمكن اعتبار البحث النوعي عملية تشارك وتفاعل بين الباحث والمشارك وطبيعة البحث، إذ يتجه البحث النوعي إلى بناء صور مركبة وشاملة من خلال تحليل مفردات ورواية

المشارك في البحث، وبالتالي يستطيع الباحث تقديم آراء المشاركين والمشاركات بالبحث بشكل تفصيلي وتكون هذه التفاصيل ضمن الإطار الطبيعي والبنية الخاصة لموضوع الدراسة.

ويتميز البحث النوعي بالعديد من المميزات منها؛ أنه مرن جداً، ويمكن التوسع في مواضيع دراسته بشكل كبير، كما وأنه قابل للتطوير في أي وقت تماشياً مع مستجدات تطور البحث وإجراءاته.

وبهذا يخدم البحث النوعي هذه الحقول الإنسانية والعلمية بطريقة مختلفة عن البحث الكمي (Quantitative) الذي ينطلق من الفلسفة الوضعية (Positivism) التي وضعها وطورها "أوغست كونت" (A.Comte) التي ترى أن الحقيقة واحدة خارجة عن نطاق الفرد ويمكن قياسها قياساً كمياً، والتثبت منها موضوعياً، بل ووضع قوانين علمية تحكمها والتعميم بشأنها.

وبما أن الوضع الفعلي للحقيقة أنها متعددة الصور والمضامين والأشكال (Multiple Realities) لذا فإن البيانات الكمية والأرقام الاحصائية التي تزودنا بها الدراسات الكمية غير كافية لفهم وتحليل قضية إنسانية أو اجتماعية بصورة ثابتة للاختلافات والفروقات الواضحة بين المجتمعات المختلفة، وأن هذا النوع من القضايا يحتاج الى البحث المعمق في سلوك الإنسان وأفعاله، وديناميات الجماعات والمجتمعات، ونوعية الحياة الاجتماعية. فالبشر والمجتمعات ليسوا بأية حال مجرد آلات صمّاء يمكن ضبطها ببساطة، وأن سلوكهم ليس سلوكاً مقرراً مسبقاً يمكن التنبؤ به بصورة محددة (غدنز، 2005).

3-3 تصميم الدراسة

اقتضى السرد القصصي من الباحثة أن تقوم بجمع القصص من الأفراد عن حياتهم وخبراتهم، واستجلاء تجارب الأفراد وتسليط الضوء على منظورهم وتعريفهم لأنفسهم، ولا بد أن تتضمن هذه القصص المحكية بتلقائية، الشيء الكثير عن نشأة المرض وتطوره، وتعريف المريض لأدواره وعلاقاته الجديدة.

وهناك أنواع من السرد القصصي:

1- سيرة أو تاريخ الأشخاص (Biographical) ويقوم هذا النوع بتصوير ووصف حياة شخص بالكامل

2- الأثنوجرافيا الشخصية (Auto ethnography): وهي الكتابة عن الذات وعلى عدة طبقات؛ مستعرضاً الوعي والنقد الذاتي بتحليل المضمون الاجتماعي للأحداث والظواهر والمشكلات.

3- قصة تاريخية لحياة شخص (Life History): ويستعرض الباحث حياة الشخص عبر فترات زمنية والتاريخ ويستعرض خبرات الشخص منفردة أو مجتمعة بشكل حلقات للمواقف الشخصية الخاصة بالفرد أو الفولكلورية ضمن سياق المجتمع.

4- التاريخ الشفوي (Oral History): وتتضمن استعراض الخبرات الشخصية للأحداث من حيث نشأتها وتطورها وأسبابها ونتائجها للفرد أو الجماعة، هذه القصص تركز على موضوع خاص ضمن إطار معين، تتناول موضوعاً ذا أهمية يرويه القاص على شكل شهادات لواقع عاشه الشخص، ويحمل في طياته إطار فلسفي نقدي مثل النقد النسوي في حالة دراسة أمور تتعلق بالجندر لمعالجة شأن أو موضوع سائد بحاجة إلى إبرازه ونقده بالمحاورة والنقاش (Creswell, 2013).

وتأتي هذه الدراسة ضمن الشكل الرابع من هذه الأشكال حيث تستعرض تجربة الأشخاص المعنيين مع المرض وتحمل في طياتها البعد الاثنوجرافي للمجتمع الأردني، والنقد النسوي في دراسة الثقافة الاجتماعية للمرض، وما ينتج عن ذلك من فروقات بين الرجل والمرأة في التفاعل مع المرض.

ويأتي البحث السردي بعدة نماذج مستخدماً التنوع في الأساليب التحليلية، إذ إنه بحث راسخ في مبادئ وأهداف العلوم الإنسانية والاجتماعية التي تسعى دائماً إلى الفهم، ويتم إجراء هذا النوع من الأبحاث على مرحلتين، الأولى ما يسمى بقصص المرض (Narratives of Illness)، فيقوم المشارك بالدراسة في هذه المرحلة بسرد ما مرّ به من خبرات أثناء المرض، ويقوم بالتحدث عن تجربته مع المرض بشكل مفصل مستخدماً لغة الحياة اليومية "اللغة العامية" (Life talk)

وعلى الرغم من أن القصة (السرد) يمكن أن تكون صحيحة في معناها، إلا أنها لا تكون دائماً مبنية على حقيقة موضوعية، بل هي مفهوم اجتماعي لما مرّ به القاص في حياته. ولأن للمرض عادة، خصوصية شخصية وثقافية كبيرة فإن قصة المرض تختلف عن غيرها من القصص، فقد يقوم المريض المتحدث كارهاً أحياناً بشرح معاناته مع مرضه أو ما شابه من الصدمات في حياته بلغة مختلفة، وعند حث المريض من قبل الباحث؛ يقوم بالسرد حسب التدرج الزمني لحدوث المرض: نشأته وتطوره، بداياته ونهاياته، معالجاته وتعاملاته وتكيفاته.

وخدمت طريقة السرد القصصي هذا البحث بأنها جعلت الباحثة على تماس مباشر مع الفئة المستهدفة في الدراسة، فقد احتاجت الباحثة أن تسمع قصص المرض من أصحابها عن كثب، بالإضافة إلى ملاحظة ردود أفعال المشاركين والمشاركات من إيماءات وإشارات وتعابير وجه ويدين وغيرها من أساليب الاتصال غير اللفظي(Non-Verbal Communication)

3-4 اخلاقيات الدراسة:

تضمنت المراحل التي قامت بها الباحثة الحصول على موافقة الجامعة الاردنية، عمادة البحث العلمي على جمع البيانات من المجتمع في المرحلة الاولى وموافقة إحدى المستشفيات الخاصة في العاصمة عمان للحصول على العينة من مرضى المستشفى، ومن ثم اخذ الموافقة الشخصية من الافراد الذين تم اختيارهم للمشاركة في الدراسة.

عمدت الباحثة بشفافية إلى الشرح التفصيلي للمريض المشارك بأن هذه المقابلات ستكون بحثية علمية آمنة، ولا يتوقع أن ينتج عنها أيّ أذى أو ضرر أو مساءلة للمشارك. ووفرت الباحثة الدعم النفسي للمشاركين من خلال تقديم النصح بمراجعة الطبيب المسؤول للدعم في حالة التأثر السلبي للمرأة أو الرجل بسبب المقابلة، واعتبرت أن موافقة المريض المشارك شفهياً على إجراء المقابلة وتسجيلها، هي موافقة كافية ودليلٌ واقعيٌّ على الثقة والنزاهة والمصداقية للباحثة والدراسة.

3-5 عينة الدراسة:

يكتفي الباحث في السرد القصصي من البحث النوعي بالرجوع إلى عدد محدود من الأشخاص ممن يعيشون تجربة البحث. ما دام يهدف إلى التعمق في التجربة الإنسانية موضوع الدراسة (Reissman, 1991).

والبحث باستخدام منهجية السرد القصصي يفيد في عدة طرق في التحليل، ترجع إلى العلوم الاجتماعية والإنسانية، فالسرد، حسب (Creswell, 2013) هو منهجية بحث، تتضمن التركيز على جمع المعلومات المفصلة من المشاركين والمشاركات بطريقة سرد القصة ورواية هذه القصص والخبرات وترتيبها حسب حدوثها بالترتيب الزمني للمعاني التي ترد في هذه الخبرات.

قامت الباحثة باختيار عينة محدودة مكونة من 15سيدة و15رجلاً أردنيين ممن يعانون من مرض السكري من النوع الثاني كمرض مزمن (Creswell, 2013). وقامت الباحثة

بالوصول الى المشاركين والمشاركات في البحث بطريقتي العينة القصدية (Purposive Sample) والكرة الثلجية (Snowballing)، والعينة القصدية هي العينة التي تم اختيارها بشكل مقصود وهادف من قبل الباحث لتوفر بعض الخصائص في أفرادها دون غيرهم، حيث يخدم هؤلاء الأفراد هدف الباحث، وتم اختيار العينة من مناطق متنوعة في إقليم الوسط، كما وكانت تتوزع على طبقات اجتماعية ثقافية اقتصادية متنوعة من طبقات المجتمع الأردني. وكان هناك عدد من المشاركات ممن وصلن إلى سن التقاعد، وتم احتسابهن ضمن النساء غير العاملات (الخرابشة، 2012).

وتم اختيار عينة من المرضى المراجعين لأحد المستشفيات الخاصة في العاصمة عمان، وذلك بعد الحصول على الموافقات اللازمة من قبل إدارة المستشفى. وللعمل على هذا النوع من العينة، توجهت الباحثة إلى المستشفى لتحديد أفراد العينة ومن ثم أخذ الموافقة ممن تنطبق عليهم شروط المشاركة للمقابلة الشخصية بعد تحديد موعد للزيارة المنزلية وإجراء المقابلة، وتتضمن شروط المشاركة أن يكون المشارك أو المشاركة متزوج، وقد مضى على تشخيصه أو تشخيصها بمرض السكري مدة لا تقل عن العام، ويعيش أو تعيش ضمن أسرة مكونة من الزوج والزوجة وربما عدد من الأطفال.

لقد كان توجه الباحثة إلى أن تقوم بجمع العينة من خلال عيادات مرضى السكري في أحدى المستشفيات وبطريقة العينة القصدية، ومن خلال المقابلات الأولى تبيّن أن هناك صعوبات في إجراءات الحصول على موافقة المشاركين والمشاركات لضيق الوقت لديهم، أثناء مراجعتهم للعيادة الطبية، وبالتالي لجأت الباحثة إلى اختيار طريقة الكرة الثلجية؛ وذلك بالتعرف على إحدى الحالات التي بدورها تدل على حالة أخرى وهكذا من دون الرجوع إلى العيادة الصحية، فتم الحصول على معظم أفراد العينة عن طريق الزيارات البيتية للراغبين بالمشاركة بعد الاتصال بهم تليفونياً والموافقة على استقبال الباحث في المكان الذي يختارونه للمقابلة ما عدا 4 مقابلات في البداية. أما بالنسبة إلى طريقة الكرة الثلجية فهي "أسلوب للوصول إلى وحدات الدراسة من خلال أن يعطي شخص ما اسم شخصٍ ثانٍ (وحدة دراسة أخرى) الذي بدوره يعطي الباحث اسم شخص ثالث (وحدة دراسة اخرى) وهكذا..." (Nieswiadony, 2012).

وقد اتبعت الباحثة مبدأ الإشباع في البيانات (Data Saturation) في تحديد حجم العينة، حيث استمرت الباحثة في إجراء المقابلات إلى المرحلة التي بدأت فيها البيانات والأنماط

بالتكرار وبشكل واضح. وقامت الباحثة اثناء اجراء المقابلات بإجراء التحليل الأولي للمقابلات وترميز الأفكار الرئيسية عن طريق وضع حواشي في هامش الصفحات واستخراج أسئلة جديدة يستفاد منها في المقابلات اللاحقة.

3-6 أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة دليل المقابلة التي أعدّها (Kirmayer, 2006) الباحث في جامعة ماكجيل، وذلك بعد أخذ موافقته على ترجمتها إلى اللغة العربية، وإعادة تكييفها وصياغة بعض الأسئلة لتتوافق مع كل من أهداف الدراسة وتتلاءم مع خصوصية المجتمع الأردني (ملحق رقم 5).

وعمدت الباحثة إلى إضافة بعض الأسئلة التي أصبحت ضرورية لتوضيح بعض المفاهيم "Probing Question" على ضوء مجريات المقابلات والمعلومات التي عرضها المريض المشارك، وذلك للتعمق أكثر في تجربته الإنسانية.

3-7 إجراءات الدراسة:

بعد أخذ الموافقات من الجهات الرسمية لإجراء المقابلات والإعداد للحصول على موافقة المشاركين والمشاركات في الدراسة تليفونياً وموافقتهم على إجراء المقابلة في المنزل وتحديد موعد للزيارة، قامت الباحثة بمقابلة المشارك أو المشاركة، بعد الموافقة على تسجيل المقابلة باستخدام جهاز التسجيل الصوتي لتتمكن من متابعة المقابلة بشكل أكثر دقة وتفصيلاً. وقد طلب من المشارك السماح بإجراء المقابلة معه أو معها بشكل منفرد دون وجود أطراف آخرين من أفراد الأسرة، ليتم التأكد من توفر الخصوصية للمشارك، وتجنب إمكانية الحرج والإرباك والمقاطعة أثناء إجراء المقابلة، وللتعامل مع خصوصية ثقافة المجتمع الأردني في الزيارات المنزلية للمقابلات مع المشاركين الرجال اضطرت الباحثة إلى اصطحاب زميلة أخرى لتكون مرافقة لها أثناء الزيارة.

وتم جمع البيانات الشخصية للمشاركين في بداية المقابلة، وذلك لتسهيل عملية التواصل وبناء الثقة بين الباحثة والمشاركين والمشاركات، ومن ثم طرح السؤال بصورة مفتوحة، فقد أتيحت للمشارك حرية الإجابة عن الأسئلة من حيث البداية التي يرغب بتقديمها والانتقال حسبما يشاء في المواضيع والمضمون الذي يريد دون تقييد أو تحديد، فعمدت الباحثة إلى ترك المشارك في الدراسة للتحدث عن قصة المرض واستجابته له

بأسلوبه الحرّ أي دون أي مداخلات، مُسترشدة ببعض الأسئلة المفتوحة التي جاءت ضمن أداة الدراسة المترجمة لإكمال المقابلة نحو الهدف المرجو.

وأما بالنسبة إلى مدة المقابلة فقد كانت مقابلة معمقة (In-Depth Interview) وتراوحت ما بين 15-30 دقيقة، وبشكل عام كانت المقابلات مع الرجال أطول منها مع النساء.

8-3 التحليل النوعي:

يتضمن تحليل السرد القصصي استخدام عدة طرق للتحليل، ويقوم الباحث بالتركيز على كيف يمكن فهم العالم من خلال القصة، وجاء أسلوب السرد القصصي إلى المقدمة خلال العقد الماضي في مجالي الطب والعلوم الاجتماعية، وفي الجزء المتعلق بإدراك الدور الذي تلعبه القصص في الصحة والشفاء كطرق خلال فهمنا للمرض في سياق حياتنا (Green and Thorogood, 2014).

والتحليل النوعي أو تحليل البيانات هو عملية البحث في نصوص ومضامين المقابلات والملاحظات التي يحصل عليها الباحث عبر عملية البحث في مجتمع الدراسة.

ويندرج تحت مفهوم التحليل النوعي العديد من أساليب التحليل التي يمكن استخدامها طبقاً للمنهجية التي تقوم عليها الدراسة، ومن هذه الأساليب هو تحليل السرد القصصي، ويتم التحليل عن طريق القراءة المعمقة لجميع المقابلات التي قام بها الباحث، واستنباط المفاهيم التي يتم تكرارها، بعد تنظيم هذه البيانات وترتيبها وتصنيفها إلى وحدات يمكن التعامل معها، بحثاً عن أنماط (Patterns) وأنساق يمكن الاعتماد عليها والاستفادة منها في عملية التحليل، ومن ثم تجميعها على صورة مجموعات متماثلة المضمون (Grouping)، أو أنماط يتفق عليها معظم المشاركين والمشاركات، ومن ثم دمج هذه المجموعات أو الأنماط بصورة أكثر ضيقاً، وتحديداً، بما يخدم عمليات التصنيف والتحليل (Creswell, 2013).

ويأخذ تحليل السرد القصصي من موضوع البحث ككل القصة المحكية نفسها، آخذاً بعين الاعتبار الشخص الرئيسي (الأول) في القصة التي يرويها واضعاً أي اعتبارات أخرى حدثت في الميدان جانباً، والهدف من ذلك هو رؤية كيفية قيام المشاركين والمشاركات في المقابلات من خلال إظهار ترتيب لخبرتهم ولجعل الأحداث أكثر منطقية.

وتحدد المخيلة البشرية ما يتم تضمينه وما يتم اقصاؤه في سرد هذه القصص (Riessman,1993).

تم الاستماع إلى جميع القصص المروية من المتحدث/من يسرد القصة، وبعد كتابة كل قصة مروية، قامت الباحثة وبمشاركة مشرفة الدراسة بقراءة القصص مجتمعة وخلصت إلى استنباط الأنماط المتكررة والمفاهيم المشتركة بين القصص. إن قيام الباحثة بإجراء قراءة معمّقة للمقابلات المكتوبة تحليلياً، أحالها للانتقال إلى المرحلة التالية، وهي مرحلة التحليل الاستقرائي (Inductive) وفي هذه المرحلة يتم التركيز والتتبع والتفحص لما يقوله الراوي وتوضيح بعض الأنماط والصور من الخطاب المروي، وتبرز موضحة الصور النظرية السابقة كإطار عام لهذا التحليل، لذلك وفي كثير من الأحيان استمعت الباحثة إلى التسجيل أكثر من مرة للدخول إلى أعماق تفاصيل المحادثة.

وحسب رأي ريسمان Riessman (1993) في تحليل القصص السردية/المروية فإنه يمكن النظر في القصة من منطلقين؛ إما من منظور زمني في رواية أحداث القصة (Temporal)، أو من موضوع القصة (Topical) ذاتها. وفي الحالتين يستطيع الباحث الغوص في تحليله لكلمات القصة والصوت وطريقة السرد من المشارك للخروج بالفكرة والمعنى والدلالة الموجودة في القصة، والوقوف على بداية القصة ونهايتها باعتبارها جزءاً من التحليل.

عند قراءة النص المكتوب أعطت الباحثة أرقاماً للأسطر، ثم قامت بقراءة ثانية للمادة لاستخراج الأفكار من الاسطر. وقامت الباحثة باتباع طريقة (Colaizzi,1978) في البحث النوعي متّبعة خطوات هذه الطريقة على النحو التالي:

- جمع البيانات من المشاركين والمشاركات.
- قراءة مستفيضة لكل مقابلة بعناية.
- مراجعة المقابلات واستخراج العبارات ذات الأهمية لموضوع الدراسة.
- العمل على استخراج المضمون والمعنى للعبارات المهمة.
- تنظيم ودمج المعاني في مجموعات تحمل نفس المعنى.
- كتابة وصف كامل للمعاني التي لخّصت.

- الرجوع إلى المشاركين وعرض ملخص النتائج التي توصلت إليها الباحثة للتأكد من مصداقية التحليل مع الأفكار التي طرحوها في المقابلة وأخذ موافقتهم على أنها صحيحة وتدل على ما قدموه من تجربة.
- كتابة الأفكار الرئيسية تحت العناوين وحسب التبويب الذي ظهر في المجموعات (Streubert and Carpenter, 2011).

الفصل الرابع

النتائج وتحليلها

4-1 المقدمة.

4-2 المحور الأول.

- مرض السكري والمضاعفات الصحية المرتبطة به

4-3 المحور الثاني.

- تأثير مرض السكري على الفرد ونمط حياته.

4-4 المحور الثالث.

- تأثير مرض السكري على الأسرة والعمل.

4-5 المحور الرابع.

- تأثير مرض السكري على الجانب الروحاني.

4-6 خلاصة النتائج.

النتائج وتحليلها

1-4 المقدمة:

في هذا الفصل سيتم استعراض نتائج التحليل النوعي للمقابلات التي تمت مع المشاركين والمشاركات في هذه الدراسة. وفي بداية هذا الاستعراض للنتائج سيتم تقديم وصف مفصل عن عينة الدراسة من حيث الصفات الديموغرافية التي تتلخص في الجدول رقم (1) من هذه الدراسة

جدول (1) الصفات الشخصية لعينة الدراسة (30 امرأة ورجل)

البيان	العدد	المدى	المعدل (الانحراف المعياري)
عمر النساء	15	76-40	(10,1) 55.87
عمر الرجال	15	66-32	(9.6) 49.87
عدد سنوات الزواج للنساء	15	50-15	(10.7) 31
عدد سنوات الزواج للرجال	15	39-1	(12) 20.33
مدة المرض للنساء	15	20-1	(6.6) 9.33
مدة المرض للرجال	15	20-1	(6) 8.73
عدد النساء العاملات	4		
عدد الرجال العاملين	15		

نتائج التحليل النوعي التي جاءت لتجيب على أسئلة الدراسة فيمكن طرحها في أربعة محاور رئيسية؛ وذلك حسب الأفكار المستخلصة من المقابلات الشخصية التي وردت في المقابلات، ولتجيب عن أسئلة الدراسة التي ذكرت في الفصل الأول من هذه الدراسة. وهذه المحاور هي:

المحور الأول: مرض السكري والمضاعفات الصحية المرتبطة به

المحور الثاني: تأثير مرض السكري على الفرد ونمط حياته

المحور الثالث: تأثير مرض السكري على الأسرة والعمل

المحور الرابع: تأثير مرض السكري على الجانب الروحاني

ومن خلال هذا الاستعراض سيتم الإشارة إلى الفروق التي تظهر بين الجنسين

2-4 المحور الأول: مرض السكري والمضاعفات الصحية المرتبطة به

ويمكن تقسيم نتائج هذا المحور إلى أربعة عناصر متكاملة:

1. **بداية المرض:**

لقد تعرض الكثير من المشاركين والمشاركات في الكشف عن كيفية بداية المرض لديهم من خلال التحدث عن ذلك في بداية المقابلة حيث تم تقديم وصف للأعراض التي شعروا بها وجلبت انتباههم إلى وجود مشكلة ما. وكانت الأعراض السائدة في مقدمة الأمور التي قام المشاركون في الدراسة بذكرها كوصف لبداية مرضهم، ومن الملاحظ أن الرجال قد قاموا بالتبليغ عن الأعراض السائدة كبداية لمرضهم بشكل أكبر من النساء. فقد عبّر إياد، مثلاً، عن بداية مرضه بالقول:

"ما كنت أعرف إنه معي مرض السكري، كنت أشعر بإرهاق، وعدم حب للعمل، هبوط يعني، وكان نمنمة بكل جسمي" (إياد، 55).

وعبّر ياسر عن بداية مرضه بذكر الأعراض التي رآها بدايةً لهذا المرض:

" أنا صار عندي ظواهر، اللي هي العطش الشديد والتبول الكثير، خلال الليل " (ياسر،63).

أما رنا فقد اختلفت بطريقة التعبير عن الأعراض التي أصابتها فقالت:

"كان عندي صداع دائم، مش الصداع المتعارف عليه، بحس نار في الراس، وجع وتشنجات في العضلات، التبول الليلي طبعاً كتير، هاد اللي خلّاني افحص" (رنا،50).

وكذلك عبرت إيمان، عن الأعراض بأنها:

"لاحظت اني بعطش كتير وبشرب كتير، ......، بحطوا قدامنا المي، أنا بخلص ابريق كبير وهم ما بشربوا اشي، ......، وصار عندي صداع مستمر"

(إيمان، 48).

كانت قصص النساء فيها تعبيرات درامية، ووصف للحدث مع الحركة، ومقارنات وأمثلة، وفيها تخصص للأعضاء وتزامن للأحداث، أما أعراض الرجال فكانت مختصرة وغير مباشرة لما يحدث معهم، أي أن البداية كانت بمثابة الصدفة أو مرتبطة بحدث ما، " كثرة التبول خلال الليل".

وجاء التعبير بعدم ملاحظة أعراض خاصة بالسكري في شكل ثانٍ لعرض بداية المرض والأعراض التي قام المشاركون والمشاركات بذكرها كوصف لبداية مرضهم، فقد كان الرجال أكثر تبليغاً عن عدم وجود أعراض كبداية لمرضهم أكثر من النساء. وقد عبّر المشاركون والمشاركات بعدم الإقرار عن وجود أي أعراض لديهم بالصيغ التالية:

"أنا اكتشفت المرض فجأة، رحت على المستشفى لشغلة تانية، واكتشفوا عندي السكري" (أحمد، 43).

"هو كان في البداية بعد ما توفى والدي بست شهور، رحت أسحب دم قالولي إنت معرض للسكري" (أبو فاطمة، 50).

"انا ما كان عندي أعراض إنه عندي سكري، مي ما بشرب، ولا بفوت على الحمام" (سمر، 55).

وجاء سكري الحمل باعتباره ثالث الأمور التي قامت المشاركات في الدراسة بذكرها كبداية للمرض وذلك على النحو التالي:

"مرض السكري ما كنت أعرف عنه اشي إلا من الحمل الأخير ب 1997" (خديجة، 55)

"كنت حامل بالشهر السابع، بنهاية السابع تقريباً، عملت فحص للسكري، طلع عندي عالي، عملت تراكمي طلع عندي على الحد....." (هيام، 52).

وجاء ترتيب الأعراض الغريبة، غير المعروفة كأعراض للسكري، التي ذكرتها النساء كبداية للمرض في المرتبة الرابعة وكانت مقتصرة عليهن دون الرجال

"قصتي مع السكري بدايتها كانت اني صرت استفرغ، .....، ومرة صابني غثيان حاد، وبس وصلت عند أختي وقعت على الأرض وطلبت من ابنها خبزة، أكلتها صرت أحسن واستقرت معدتي" (نورا، 52)

"لم أكن أعاني من شيء، فجأة كنت رايحة لعند بنتي مشي، وصلت عندها وإذا بيدي تتشنج، ولم أقدر أن أحركهم، أو أرفعهم...." (أحلام، 59).

2. **أسباب المرض:**

جاءت الأسباب النفسية العاطفية والعصبية في مقدمة الأسباب التي قدمها كل من المشاركين والمشاركات للإصابة بمرض السكري، فقد أجمع معظم المشاركين والمشاركات بأن السبب الرئيسي في إصابتهم بالسكري كانت بفعل ظروف نفسية وعصبية ونتيجة لانفعال عاطفي سلبي. وهنا كان الرجال أكثر تبليغاً عن هذه الأسباب (الداخلية/الذاتية) (Subjective) من النساء ضمن العينة:

"الزعل، أنا والدتي توفت بسبب السكري فأنا زعلت وقتها عليها" (حسام، 39).

"هي وفاة أخوي اللي عمل عندي السكري" (سحر، 45).

"هو غالباً اجى زعل،....... من وفاة ابني" (منى، 64).

أو بسبب طبيعة شخصية الفرد كأن يكون يحمل طباع المثالية أو الشخصية من النوع الأول "Type A Personality" والتي يميل صاحبها إلى المثالية وعدم القدرة على ضبط الأعصاب عند التعرض لأي موقف مهما كان بسيطاً.

"أنا بتهيألي إنه السكري اجاني بسبب غلطي أنا، لأني بلاحق المواضيع وبضغط بنفسي، واللي بعرفه إنه السكري ما بده إنه الواحد يتابع أتفه الأمور" (خالد، 36).

وجاءت الأسباب الوراثية في المرتبة الثانية ضمن الأسباب الواردة لدى المشاركين والمشاركات. وكان الرجال أكثر ميلاً لهذا السبب من النساء.

" وراثة، أنا كان والدي معه سكري، وجدي كان معه سكري، وخالي كان معه سكري" (عماد، 60).

"........، ممكن الوراثة" (خالد، 36).

"هو وراثة إجمالاً، من الوالدة" (سلوى، 40).

وفي المقام الثالث جاء النمط الغذائي/الحياتي، وفيه بلّغت النساء بشكل أكبر من الرجال عن هذا السبب،،،،

"هو أنا يمكن من السمنة...." (هيام، 52).

"إدمان السكريات، بيبسي وما بيبسي، النشويات، ....، السكري نتيجة سلوكنا الخاطيء سواء بالغذاء أو بالممارسات اليومية" (أحمد، 43).

وبلّغ مشارك واحد فقط عن الخلل البيولوجي كسبب رئيسي في الإصابة بالسكر

"البنكرياس عندي بطّل يفرز انسولين، مش وراثي ولا اشي" (سامي، 32).

وهناك بعض المشاركات ممن لم يرجعن المرض لسبب معين. وكان جوابهن فضفاضاً لم يتضمن أي من الأسباب التي ذكرت سابقاً، أي أنهن لم يستطعن تحديد سبب معين لإصابتهن بالمرض

"والله ما بعرف، ناس تحكيلي زعل، ناس تحكيلي يمكن عندك وراثة، كل حدا بحكيلي اشي" (ختام، 72).

"ما بعرف، كلهم بقولولي زعل، زعل، قلتلهم أنا جاية من العمرة وكتير مبسوطة" (أحلام، 59).

3. اكتشاف المرض:

معظم المشاركين والمشاركات في الدراسة اكتشفوا وجود السكري لديهم عن طريق إجراء فحوصات بسبب ظهور الأعراض، وقد تنبهوا لضرورة إجراء الفحوصات بسبب ظهور الأعراض (أحد عشر مشاركاً وثمان مشاركات).

"صار عندي عطش شديد، وصار عندي إدرار بول، فقلت خليني أروح اعمل فحص سكر، ....، ولما رحت عملت الفحص بالمختبر إلا هم بقولوا انت زلمة معك سكري" (محمد، 66).

"عطشت كتير، كنت أعطش، وأروح على الحمام كتير، رحت للدكتور عشان أسأله عن هاي الأشياء، لما فحصني قال عندك سكري" (منى، 64).

"صارت تبيّن عليي أعراض ما كنت أعرف إنها سكري، نحفت كتير، نزل وزني بحدود 6 أو 7 كيلو، ....، عملت فحوصات وبيّن معي سكري" (منيف، 42).

تلا ذلك في الترتيب اكتشاف الإصابة بالسكري بطريقة غير مباشرة عند إجراء فحوصات لأمراض أخرى (ولم يكن فحص السكري بالذات وارداً ضمنها) وفي هذه الفئة بلّغت النساء عن هذه الطريقة في اكتشاف المرض أكثر من الرجال

"رحت أعمل فحوصات لالتهابات مجرى البول، طلع عندي السكري" (فوزية، 52).

" كنت رايحة اتعالج للأزمة، وعملولي فحوصات طلع عندي سكري" (حياة، 75).

"رحت للمستشفى لفحص مسالك بولية، واكتشفوا عندي السكري" (أحمد، 43).

وورد ذكر المصادفة في اكتشاف المرض أو اكتشافه لدى إجراء الفحوصات الدورية في حالات محدودة فقط لدى المشاركين والمشاركات، مثل:

"كنت بعمل فحوصات الكوليسترول، كنت صايم، حكيت للمختبر يعملي فحص سكر وفحص تراكمي، وعند النتائج طلعت النتيجة إنه عندي التراكمي 7.5، و130 وانا صايم" (حسام، 39).

"بالصدفة كانت جارة النا معها جهاز سكري، فحصت هيك من باب المزح يعني، طلعلي السكري 300، رحت وعملت فحوصات كاملة..." (سمر، 55).

4. المضاعفات الصحية التي ظهرت بعد الإصابة بالسكري:

تنوعت المشكلات الصحية التي ظهرت لدى المشاركين والمشاركات في الدراسة بعد الإصابة بالسكري، وتلخصت هذه المشكلات بما يلي: مشاكل القلب والأوعية الدموية، أمراض الكبد، مشاكل نفسية، مشاكل جلدية، مشاكل جنسية، مشاكل في العيون.

وجاء في المقدمة عدم ظهور أي مضاعفات صحية، وكان عدد المشاركين الذين لم يواجهوا مشاكل صحية أكبر من عدد المشاركات، ومن ثم جاءت مشاكل القلب والأوعية الدموية، وكان أيضاً عدد الرجال أكبر من عدد النساء في الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية.

"حالياً الضغط متعبني أكثر من السكري، صار تأثيره على الواحد صداع وتعب......" (إياد، 55).

وقد عبرت المشاركات عن حدوث مضاعفات صحية تمثلت في مشاكل الكبد والتعب النفسي والمشاكل الجلدية، بينما عبّر المشاركون عن وجود مضاعفات صحية خاصة بالمشاكل الجنسية، ومن ملاحظاتي كباحثة أعتقد أن عدد رواية المضاعفات الجنسية لدى الرجال لم تكن دقيقة، وربما يعود ذلك لخصوصية الموضوع لدى الرجال، وأنني كباحثة " أنثى" قد شكّل حرجاً لهم فلم يصرّحوا بما لديهم من مضاعفات جنسية ترتبت على إصابتهم بالسكري، ففي ثقافتنا العربية التقليدية المحافظة، ليس من اللائق أن تبادر الباحثة بالسؤال عن الجوانب الجنسية صراحة وأنه يعتبر موضوعاً محرجاً للتحدث عنه عند الرجال وغالباً ما يكون الخجل عاملاً في تجنب مثل هذه المواضيع خاصة مع الجنس الآخر. أما مشاكل العيون قد ظهرت لدى عدد أكبر من النساء عنه من الرجال.

"......، ضربت عندي الشبكية، صار عندي أكياس مي على الشبكية، وعملت عملية بعنيي اكتر من مرة، ولسا بتعالج،......." (هيام، 52).

كما وظهرت بعض المشكلات الصحية غير المرتبطة بمرض السكري لدى بعض المشاركين والمشاركات، مثل أمراض المفاصل (رجل وامرأة)، أمراض الدم (امرأة واحدة)، والسرطان (امرأة واحدة).

".....، أصابتني مشكلة من كم شهر انه في عندي مفصل رجلي صار يوجعني ورحت على الدكتور حكالي بدك عملية مفاصل،......." (عماد، 60).

"......، والله باخد علاجات لكل شي، علاج للقلب والسكري والمفاصل،....." (حياة، 75).

"......، اخر شي مرضت مرضة كبيرة، وقعدت 16 يوم بالمستشفى، لانه صار عندي تسمم في الدم،......." (ندى، 70).

"السكري أخبث من السرطان، أنا حالياً عندي سرطان في الثدي، شلناه ورميناه، بس السكري مش قادرة اشيله وارميه" (رنا، 50).

3-4 المحور الثاني: تأثير مرض السكري على الفرد ونمط حياته.

يمكن تصنيف هذه التأثيرات في ثلاثة أشكال:1. تأثيرات إيجابية، 2. تأثيرات سلبية، 3. لا تأثير.

1. **التأثيرات الإيجابية:**

وتمثلت هذه التأثيرات في تحويل نمطي الغذاء والحركة المعتادين إلى نمطين أكثر صحة وفائدة، وذلك عبر القيام بالالتزام بحميات غذائية يتجنب فيها الفرد الأطعمة الضارة بشكل عام، والتوجه إلى ممارسة التمرينات الرياضية بشكل منتظم، أو تبني نمط حياة إيجابي، بعيد عن التوتر، مدعماً بالقوة والعزيمة. حيث قام معظم المشاركين والمشاركات في الدراسة بتعديل نمط غذائهم واتباع نمط غذاء صحي.

"الطبيب اللي راجعته لموضوع السكري كتبلي ورقة للنظام اللي لازم اتبعه في الغذاء والرياضة،............، أنا اتبعت النظام وقدرت أنزل وزني زائد انه لما صرت افحص سكر ما يتجاوز ال120" (ياسر، 62).

"أنا بحاول دايما أغير بطبيعة الأكل، يعني الخضار صرت اشويها، والأكل مشوي بشكل عام،....، وأنا أصلا من زمان الدهنيات ما بطبخها، الدجاج مثلا ما بخلي عليه جلد..." (خديجة، 55).

اتفق المشاركون/المشاركات على ضرورة ممارسة التمرينات الرياضية كطريقة للحد من تطور مرض السكري لديهم، لكن التطبيق الفعلي لممارسة التمرينات الرياضية اقتصر على عدد قليل من الرجال ضمن العينة ولم تقم أي سيدة بالتبليغ عن التزامها بممارسة التمرينات الرياضية، وكان المبرر الذي ذكرنه هو عدم توفر وقت الفراغ للقيام بمثل هذه الأنشطة.

"أنا تغلبت عليه "بالجم" (النادي الرياضي)، نزلت لعبت رياضة، السباحة أهم شي، قدرت أنزّل التراكمي من 7.5 إلى 6 خلال شهر واحد"(حسام، 39).

"أنا صرت أكثر نشاط، ....، وزني كان 135 كغم قبل المرض، حالياً 97 كغم، كنت نادراً ما أمشي، الآن أنا بمشي على الأقل ساعة باليوم، وبمارس الرياضة" (أحمد، 43).

"حاولت اصير امشي، بس حسب ما يصحلي، وقتي ما ساعد" (رنا، 50).

كما وتوجه بعض المشاركين والمشاركات باتخاذ قرار بتبني نمط حياة إيجابي، يقبلون فيه على الحياة، بعيداً عن التوتر، ومدعماً بقوة الإرادة وحب التغيير نحو الأفضل.

" بطلت أعصّب، قليل ما أعصب،...، بحاول أتمتع بالهدوء كتير لدرجة كبيرة، حتى إنه متل ما بقولوا تنقلب الدنيا عندي وأنا قاعد بضحك" (إياد، 55).

" نظرتي للحياة صارت إيجابية أكثر، صرت أتحدى الوضع اللي أنا فيه" (حسام، 39).

"......بحاول أغتنم الأيام اللي جاية، يعني ما بضيّع يومي متل ما كنت أيام الشباب" (خديجة، 55).

2. التأثيرات السلبية:

تمثلت التأثيرات السلبية في إهمال نمط الغذاء الصحي وعدم الاكتراث فيما يخص الغذاء والحركة، والاكثار من الأطعمة الضارة عن قصد وعن غير قصد، كما تمثلت أيضاً بالتشاؤم وفقدان الأمل في الحياة، والانغلاق على الذات وعدم تقبل المرض.

لم يكن عدد المشاركين والمشاركات الذين أهملوا نمط الحياة الصحي كبيراً، بل اقتصر على مشارك واحد وثلاث مشاركات، ولم تظهر أي فروقات جندرية تذكر في هذا الجانب، وكان شكل تعبير المشاركين والمشاركات عن هذا الموضوع كالتالي:

" حتى لو حاولت زوجتي تعدل بنظام الأكل، ما برد عليها، اللي بدي آكله بآكله..." (سعد، 50).

"..... بالعكس، زاد أكلي، والله عمري ما تحميت عن شي، من يوم ما صابني السكري ما تحميت عنه، بنتي اللي ما معها سكري بتاكل خبز قمح دايما وانا باكل خبز عادي.." (سحر، 45).

"ما غيرت بأكلي شي، متل ما انا، حتى صرت اكل الحلو عن قصد، بحب آكل حلو، كنت زمان عادي، بس حالياً صرت أحب آكل حلو" (مريم، 45).

وفيما يخص التشاؤم وعدم تقبل المرض لم يكن العدد كبيراً أيضاً، ولم يقتصر على جنس معين، وقد عبر المشاركون/المشاركات عن تشاؤمهم كالتالي:

" أنا إنسانة واثقة بنفسي وبحترم ذاتي،......، بس ما عندي أمل، بذكر الموت كتير، يمكن أموت هلأ، يمكن أموت بعد لحظة،.....، بطلت أهتم بشي، كنت أهتم اني بدي أقدم دكتوراه، السكري أعطاني رجعة، صرت أحكي ما أنا بدي أموت ليش أعمل كل هاي الأشياء" (هيام، 52).

" أنا إذا أخذت الدوا بشعر بضيق، وإذا ما اخذته بشعر بضيق كمان،......، بصير أفكر ليش صار معي هيك وليش أنا من كل العيلة..." (سامي، 32).

وقد جاءت التأثيرات الإيجابية على المشاركين والمشاركات أكثر من التأثيرات السلبية، حيث كان عدد المشاركين والمشاركات الذين تأثروا بالسكري بطريقة إيجابية وجعلهم يتجهون إلى إتباع نمط حياة إيجابي أكثر عدداً من الذين تأثروا بشكل سلبي.

3. لا تأثير:

وتمثلت في أن نمط الحياة بقي على ما هو عليه دون تغيير أو تأثير إيجابي أو سلبي، ولم تظهر أيضاً أي فروق جندرية تذكر بين أفراد العينة.

"ما تغير بحياتي اشي، طبيعية جدا، ولا كأنه عندي سكري" (أبو فاطمة، 50).

" ما غيرت شي، احنا أصلا في كتير شغلات مضرّة مانعين حالنا عنها" (إيمان، 48).

4-4 المحور الثالث: تأثير مرض السكري على الأسرة والعمل

تناول هذا المحور تأثير مرض السكري على أسرة المريض وانماطها الحياتية وعلى عمل المشاركين ومتطلباته وتأثير المرض على قدرة الفرد المريض على تحقيق هذه المتطلبات.

1. التأثير على الأسرة:

أوضح المشاركين والمشاركات أن أسر المشاركين والمشاركات لم تتأثر بشكل كبير بالمرض، حيث اقتصر هذا التأثير على تعديلات على النظام الغذائي عند البعض، وكانت الأسر التي قامت بهذا النوع من التعديلات أكثر من غيرها هي الأسر التي كانت الزوجة هي المصابة بالسكري، فإذا قامت المرأة المصابة بالسكري بتغيير نمط الغذاء في أسرتها فإنه يتم اتباع باقي أفراد الأسرة لهذا التغيير، أما إذا لم تلتزم المرأة المصابة بالسكري بتغيير نمط غذائها فإن التغيير لا يحدث على أفراد الأسرة وتستمر بشكلها المعتاد، إضافة لذلك كان تأثير المرض على الأسر، في أغلب الأحيان تأثير نفسي فيبدأ كل فرد من أفراد الأسرة وخاصة الزوج أو الزوجة بالتفكير المستمر في مرض زوجته/زوجها والقيام بتوجيه المريض والتعاطف معه ونصحه أو نصحها.

أما بالنسبة للمشاركات فقد كان الداعم الأكبر لهن في مرحلة مرضهن هو الزوج، حيث بلّغت ثلاث سيدات أن تغييراً حصل في اهتمام أزواجهن بهن بعد الإصابة بالسكري، حيث ازداد التقارب بينهن وبين أزواجهن بشكل كبير بعد الإصابة بالسكري، وقد عبرت إحدى الزوجات بصراحة تامة عن هذا الموضوع كما يلي:

" أكثر إنسان داعمني هو زوجي" (خديجة، 55).

كما اعترفت زوجة أخرى بهذا الدعم بصورة لا تقل وضوحاً:

" صرت أنا وزوجي أكثر تقارب بعد المرض، صار في نوع من التعاطف والاهتمام المشترك " (هيام، 52).

في حين أن رجلاً واحداً فقط قد قام فعلاً بالاعتراف باهتمام زوجته بمرضه، مع اختلاف طرق التعبير لهذا الدعم بين المشاركين والمشاركات. فقد قال أحد الأزواج:

" مرضي دائما ببال زوجتي "(ياسر، 62).

ولم يذكر أي رجل التقارب بينه وبين زوجته أو الاهتمام الزائد من الزوجة تجاهه ومرضه، واقتصر ذكر التأثيرات على أسرته بقيامهم بتقديم النصح والتوجيه له باستمرار.

2. التأثير على العمل:

كانت المشاركات أكثر تبليغاً عن تأثير المرض على عملهن خارج المنزل، حيث لم يبلّغ سوى مشاركين اثنين عن تأثير السكري على عملهما، وعبّرا عن هذا التأثير كما يلي:

"......، هو البرد بأثر علينا كتير، السكري حساس للبرد، فبحاول إنه لما يكون في برد كتير وكذا، أني اخد إجازة" (إياد، 55).

"من ناحية عملية أو مهنية كان للسكري تأثير، لأني مرات بصحى الصبح بكون معي صداع شديد من ارتفاع السكر، بضطر اني احكي تليفون انه ما بقدر آجي على الدوام" (منيف، 42).

أما المشاركات فقد عبّرن عن تأثير مرض السكري على عملهن خارج المنزل بما يلي:

"كنت أنشط من هيك كتير بصراحة، كنت أروح زيارات مدرسية كتير، حوالي 24 زيارة بالسنة، هلأ عيوني أتعبوني بطلت أقدر متل الأول" (هيام، 52).

"قلّت ساعات عملي عن قبل ما يصير عندي سكري" (خديجة، 55).

5-4 المحور الرابع: تأثير مرض السكري في الجوانب الروحانية

لم تظهر أي تأثيرات تذكر في الجوانب الروحانية، فالمشاركون والمشاركات في هذه الدراسة ينتمون أصلاً إلى مجتمع عربي ملتزم دينياً وتعتبر الشعائر الدينية مثل الصلاة والصيام سلوكيات يومية واجبة في جميع ظروف الحياة.

"أنا إيماني كله بالله سبحانه وتعالى، والله انا من وعمري خمس سنين وأنا أصوم وأصلي" (محمد، 66).

"والله أفضل شي هي الممارسة الدينية، لما بقوم الواحد الصبح نشيط بصلّي، مشوار الجامع حركة، بكل الصلوات بروح على الجامع" (إياد، 55).

"هاد الايمان موجود بكل مسلم، هو التسبيح والصلاة، الصلاة أهم شي" (أحلام، 59).

ملخص الفصل:

عرضت الباحثة في هذا الفصل نتائج التحليل النوعي الذي قامت به بعد إجراء المقابلات الخاصة بالدراسة، وقد توصلت الباحثة إلى نتائج عديدة أظهرت طرق تعامل المشاركين والمشاركات في الدراسة مع مرض السكري عن طريق تقسيم النتائج إلى أربعة محاور رئيسية وهي:

1. مرض السكري والمضاعفات الصحية المرتبطة به
2. تأثير السكري على الفرد ونمط حياته.
3. تأثير السكري على الأسرة والعمل.
4. تأثير السكري في الجوانب الروحانية

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

1-5 المقدمة.

2-5 المناقشة.

3-5 التوصيات.

4-5 محددات الدراسة.

5-5 الصعوبات.

6-5 الخلاصة.

مناقشة النتائج

1-5 المقدمة:

يتناول هذا الفصل المضامين المهمة التي جاءت في روايات المشاركين والمشاركات في هذه الدراسة، وسيتم مناقشتها في إطار المفهوم الاجتماعي الثقافي للمجتمع الأردني، وفي إطار مفهوم النوع الاجتماعي.

2-5 المناقشة:

يمكن تفسير نتائج هذه الدراسة في ضوء نظرية التفاعلية الرمزية حيث تقوم النظرية على أساس التفاعل المتبادل بين الفرد والمجتمع، وعند حدوث المرض لا بد أن يؤثر ويتأثر وكذلك فإن الشخص المريض يتأثر بالمرض مما يجعله إما أن يتخذ "الدور المريض"، كما وصفه بارسونز، بأن يحمّل الآخرين بعض المسؤوليات التي كانت موكلة إليه ويسعى لأن يكسب تعاطفهم في حالة المرض وهذا ما توصلت إليه الدراسة من حيث الدور الذي تأخذه المرأة لكسب تعاطف زوجها والتحدث عن ذلك بشكل من الرضا، أما الرجل فقد ظهر دور المريض لديه بشكل يعزز دوره الرجولي في الأسرة.

دلت نتائج الدراسة أن نظرية التفاعلية الرمزية هي النظرية الأكثر صلة بقضايا هذه الدراسة ومجرياتها، إذ ينشأ المرض ويتطور من خلال العقل أو التصور والتعريف الفردي للتفاعل بين الفرد ومجتمعه.

كما أظهرت نتائج هذه الدراسة تشابهاً بين الرجال والنساء في بعض الأنماط الحياتية عند الإصابة بالسكري، وذلك لأن المجتمع الأردني يعتبر مجتمعاً متجانساً نوعاً ما، فالأنماط الحياتية تتشابه بين أفراده إلى حد كبير، لكن وعلى الرغم من هذا التجانس إلا أن هناك اختلافات جندرية في التعامل مع المرض من ناحية الاستجابة والتقبل، وتغيير نمط الغذاء، ومدى التأثير على الأسرة.

وفيما يخص أسباب حدوث المرض فقد أعرب المشاركون عن أسباب مختلفة، وكانت معظمها تتركز بما يتداوله الناس بينهم من أسباب يتم تناولها اجتماعياً فيما بينهم، وكانت هذه الأسباب بعيدة عن التعبيرات أو التفسيرات العلمية والتي تتضمن مفاهيم في علم الوراثة والجينات والأسباب الهرمونية والعضوية التي تؤدي إلى الإصابة بمرض السكري، على سبيل

المثال أنه يجب أن يكون المرض قد أصاب الأم والأب، والإصابة بالمرض بعد سماع خبر سيء وليس بالتفسير العلمي عن طريق الجينات وعلم الوراثة أو التغير في الهرمونات أو العطل الذي يمكن أن يصيب البنكرياس، حيث أنهم لا يقومون بالحصول على المعلومات من الكتب الطبية، وإنما يتناقلون المعلومات عبر الأجيال، وربما نستطيع أن نعزي ذلك إلى المستوى التعليمي للمشاركات حيث أن مستوى تعليم المشاركات كان متوسطاً أو دون المتوسط.

أظهرت نتائج دراسة "جارسيا ورودريغيز" أن النساء غير قادرات على إعطاء وصف دقيق لما يعانينه وأن الرجال يميلون إلى المبالغة في نسبة أحوالهم الصحية إلى أنواع من الأمراض المختلفة، وتتعارض نتائج الدراسة المذكورة مع نتائج الدراسة الحالية، حيث ظهر في الأخيرة أن النساء يقدمن وصفاً دقيقاً للأعراض لمرضهن وأعراضه، وكن دقيقات في ذكر العضو الذي ظهرت عليه الأعراض، ومدة استمرارها، ووصف عام للمكان والزمان اللذين تواجدت فيهما عند ظهور الأعراض لديها، بينما كان وصف الرجال لأعراض مرضهم مختصراً وغير مباشر، ولم يقوموا بإعطاء وصف دقيق للمرض أو الالتفات للزمان والمكان.

أما فيما يخص النظام اليومي في النشاط والحركة فقد استطاع بعض المشاركين تغيير نمط حياتهم من خلال ممارسة التمرينات الرياضية، في حين أن المشاركات قمن بذكر أهمية ممارسة التمرينات الرياضية دون تطبيق ذلك، وفسّرن عدم التزامهن بالتمرينات الرياضية بعدم توفر وقت لديهن لممارسة هذه التمرينات بشكل دائم ومستمر. ونلاحظ بشكل عام أن التوجه لممارسة التمرينات الرياضية في مجتمعنا الأردني ضعيف نوعاً ما، وذلك لاعتبار أن ممارسة التمرينات الرياضية نوع من الرفاهية، لا أسلوب حياة، وتزيد نسبة ممارسة الرياضة في الأردن لدى أفراد الطبقة الاجتماعية الأكثر رفاهية عن نسبتها في الطبقات الاجتماعية المتوسطة والفقيرة، وذلك لتباين الأولويات لدى الطبقات الاجتماعية، إذ إن اشتراكات النوادي الرياضية مرتفعة ولا تناسب جميع الطبقات.

بالإضافة إلى أن هناك فروقات بين الرجال والنساء في مجتمعنا من حيث توفر أماكن ممارسة التمرينات الرياضية، فالرجل يستطيع ممارسة التمرينات الرياضية بسهولة وفي أي مكان وزمان، الأمر الذي تحرم منه المرأة منذ طفولتها، فتكون بحاجة إلى إنفاق النقود للاشتراك في النوادي الرياضية المغلقة أو الخاصة بالنساء ليتسنى لها ممارسة التمرينات الرياضية التي تحتاجها للتخفيف من مضاعفات مرض السكري. بالإضافة إلى التزامات المرأة الأم برعاية أطفالها طوال النهار، في حين يستطيع الرجل توفير الوقت الذي يحتاجه لممارسة

الرياضة بعد ساعات العمل، أما المرأة فهي مضطرة عند العودة من العمل إلى القيام بشؤون البيت والأطفال فلا يتوفر لديها الوقت لممارسة الشؤون الشخصية لها ومنها الرياضة.

وفي النتائج المرتبطة بنمط الغذاء فقد تبين أن المرأة كانت أقل التزاماً بتغيير نمط غذائها وكانت مبررات المرأة لإهمال نمط الغذاء الصحي وعدم اتباع حمية هي عدم قدرتها على القيام بالأعمال المنزلية بالشكل المعتاد، ذلك أنها تحتاج إلى كمية كبيرة من الطاقة للقيام بهذه الأعمال التي تنخفض عند اتباع الحميات، فظهر ضمن النتائج أن بعض المشاركات العاملات في بعض الأحيان قد وجدن أن الالتزام بالحمية الغذائية والعمل المنزلي في نفس الوقت قد شكّل عبئاً كبيراً عليهن مما اضطرهن إلى القيام بالأعمال المنزلية على حساب إهمال الالتزام بالنمط الغذائي الصحي، ففي مجتمعنا يعتبر عمل المرأة خارج المنزل ثانوياً، وأن عملها الأساسي يكون داخل المنزل، فإذا أصابها مرض ما فإن ذلك لا يجب أن يكون على حساب دورها في البيت، وعليها هي أن تتدبر التوفيق بين عملها خارج المنزل وداخله وإن تعارضت الأدوار يكون الحل عادة على حساب العمل خارج المنزل، مما يؤدي تالياً إلى مضاعفات صحية نتيجة إهمالها لوضعها الصحي للاستمرار بالعمل والمحافظة عليه، وذلك ينسجم مع المفهوم الاجتماعي الذي عبّر عنه بورديو (Bourdieu) بأن المجتمع مبنيّ منذ العصور القديمة على أن الرجال يقعون في الجانب الخارجي والرسمي والعمومي للحياة، أي أن الفضاء العام يقتصر عليهم، وأنه من وظائفهم القيام بإنجاز كل الأعمال الخطيرة والمذهلة، كالصيد والحراثة والحصاد، بينما يقتصر وجود النساء على الجانب الداخلي الخاص، حيث يقمن بكل الأعمال المنزلية، أي الخاصة والمخبأة واللامرئية المخجلة، كرعاية الأطفال والحيوانات، والأعمال التي لها علاقة بالماء والعشب الأخضر والحليب والحطب (بورديو، 2009).

وبالرغم من قلة التعبير عن التشاؤم بين المشاركين والمشاركات، إلا أن الجمل التي وردت قد حملت مضامين قوية تعبر عن درجة كبيرة من اليأس، وهذه الأمثلة بحاجة إلى التمعّن بها جيداً، لإعطائها العناية الصحية/النفسية التي تستحقها. مما يجعلنا نتطرق لمفهوم دورة الحزن أو نموذج كبلر روس (1969) والمتضمن لخمس مراحل يمر بها المريض، وهذه المراحل هي: مرحلة الإنكار، ومرحلة الغضب، ومرحلة المساومة، ومرحلة الاكتئاب، ومرحلة القبول. وقد قامت "كبلر روس" بتطبيق هذه المراحل في الأساس على أشخاص يعانون من مرض عضال، ثم توجهت إلى الأشخاص الذين يواجهون أي شكل من أشكال الخسارات الشخصية الفاجعة، كالعمل والدخل والحرية، ويمكن أن يشمل هذا الأحداث الحياتية المهمة مثل

موت أحد الأحبة، أو الطلاق، أو الإدمان على المخدرات، أو بداية الإصابة بمرض أو مرض مزمن، أو التشخيص بالعقم، وأيضاً العديد من المآسي والمصائب.

كما وذكرت "كبلر روس" أنه ليس من الضروري أن تأتي هذه المراحل بنفس الترتيب السابق، وليس من الضروري أيضاً أن يمرّ كل المرضى بكل المراحل، ورغم ذلك ذكرت "كبلر روس" أن الشخص دائماً ما يختبر مرحلتين على الأقل. ومن الجدير بالذكر أن الأشخاص الذين يختبرون المراحل لا يجب اجبارهم عليها، وأن عملية الحزن هي شديدة الخصوصية ولا يجب استعجالها أو اطالتها. وأنه يجب على الشخص أن يكون مدركاً بأن المراحل سوف يتم المرور بها وأن المرحلة القصوى من التقبل سوف يتم الوصول إليها (Kubler-Ross, 1969).

أما النتائج المرتبطة بالتعامل مع المرض لدى "جارسيا ورودريغيز"، في دراستهم على المجتمع الاسباني، فقد تناقضت بشكل جزئي مع نتائج الدراسة الحالية، فقد خلصت الدراسة السابقة إلى أن الرجال أضعف عند الإصابة بالمرض، وأنهم يظهرون تصرفاً خائفاً ومعتمداً على الآخرين، بينما أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن الرجال يرفضون الاستسلام للمرض وينفون حاجتهم للمساعدة والمساندة وإن كانت بسيطة، ويمكن تفسير هذه الخاصية من منظور اجتماعي بأن الرجال في الدراسة الغربية كانوا أكثر تعبيراً عن حالتهم المرضية من الرجال العرب الذين كانوا ضمن مجتمع الدراسة الحالية (Rodriguez, Garcia, and Others, 2012). وتتطابق نتائج الدراستين في نقطة غاية في الأهمية، ألا وهي أن عملية التنشئة الاجتماعية والمعايير الثقافية المرتبطة بمفاهيم الذكورة والأنوثة هي التي تحدد سلوك الفرد المريض، وكيفية تعامله مع مرضه، استناداً لكونه ذكراً أو أنثى، فيجب على الرجل أن يتبنى سلوكاً يشير إلى القوة تجاه المرض، ويجب على المرأة أن تظهر قوة عن طريق تمكنها من القيام بمسؤوليات الرعاية في الأسرة والاهتمام بأفرادها (Rodriguez, Garcia, and Others, 2012).

واتفقت الدراسة الحالية مع دراسة "ويكمان وآخرون" 2011، بأن المرض المزمن يؤثر على نوعية حياة المريض، فقد أظهرت الدراسة الحالية أن هناك تأثير -وإن كان بسيطاً- على نوعية حياة الفرد المصاب بالسكري وعائلته، وتمثل هذا التأثير في تغيير نمط الغذاء والقدرة على العمل بشكل طبيعي وغيرها.

ففي جميع الحالات ظهر أن الزوجة هي المحرك الرئيس في التغيير، سواء كانت هي المريضة أو زوجها فهي التي تلتزم إما بالتغيير أو عدمه، ويتبع في ذلك أفراد الأسرة ومن ضمنهم الزوج سواء كان هو المريض أو زوجاً للمريضة.

فمثلاً إذا كانت الزوجة هي المريضة فلا يتم تغيير نمط حياة الأسرة، إلا إذا قامت هي بتغييره (كنمط الغذاء مثلا)، ويقتصر التأثير على المتابعة والتوجيه والتعاطف، أما إذا كان الرجل هو المريض فإن من يقوم بتغيير نمط الحياة له وللعائلة هي زوجته أيضاً.

كما ظهر دعم الزوج للزوجة المريضة بشكل كبير، وتمثل هذا الدعم بمراعاة الحالة النفسية ومحاولة التخفيف عن الزوجة، والاهتمام بمتابعة وضعها الصحي، وذلك بالتأكيد عليها بالاهتمام بقياس السكر بشكل يومي وإجراء فحوصات دورية.

كما وأظهرت نتائج الدراسة أن من بين جميع المشاركين الذكور قام مشارك واحد فقط بالتعبير عن دعم الزوجة له خلال مرضه، ويمكن إرجاع هذه النتيجة والنتائج المتصلة بالدعم إلى أن الرجل الشرقي يجد من الصعب أن يعبر عن مشاعره الرقيقة التي يمكن من خلالها أن يظهر بموقف الضعيف الذي يحتاج إلى الدعم والاهتمام والرعاية عند إصابته بالمرض، وإنما يعمد غالباً إلى الصبر والتحمل والصمت، بينما تتفاخر المرأة بمشاعرها تجاه اهتمام زوجها بها وبمرضها بشكل كبير، ويمكن إرجاع هذه الاختلافات الجندرية في المواقف تجاه المرض والحاجة إلى الدعم إلى اختلافات ثقافية لمعاني "الرجولة" و"الأنوثة" كما هي مبنية وراسخة في تأكيدات الثقافة العربية نفسها. وتتفق هذه النتيجة مع ما عبّر عنه الباحثان الهولنديان (Van Stolk and Wouters) أن النساء قادرات على الحديث عن أزواجهن بكثير من التفاصيل، فيما لا يستطيع الرجال وصف زوجاتهم إلا من خلال أفكار منمطة عامة للغاية صالحة للنساء بشكل عام (Van Stolk and Wouters, 1987).

وأظهرت الدراسة الحالية في نتائجها أن مرض السكري له تأثير على عمل المشاركات العاملات خارج المنزل أكبر من تأثيره على المشاركين العاملين، حيث قامت المشاركات بالتبليغ بأنهن اضطررن لأخذ الإجازات بشكل أكبر بعد المرض، وذلك ما يناقض ما ورد في نتائج الدراسة البريطانية التي قام بها "منير وآخرون" في المملكة المتحدة عام (2006) بأن الرجال كانوا أكثر عرضة للغياب بسبب المرض.

وفي جانب آخر في مجال العمل للمرأة فقد لوحظ أن تأثر عمل المشاركات أكبر من تأثر عمل المشاركين بالمرض، وذلك لازدواجية عمل المرأة، حيث أنها في حال كانت موظفة،

فإنها تعمل داخل المنزل وخارجه مما يضيف حملاً زائداً عليها وعلى صحتها، فيكون تأثير المرض عليها أكثر من تأثيره على الرجل، فقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن المشاركات اضطررن إلى تقليل ساعات العمل أكثر من الرجال، مما أثر على تقدمهن في وظائفهن.

وفي هذا السياق نقف عند تساؤل حول أهمية العمل المنزلي للمرأة، وكيف تقوم هي بتحديد أولويات حياتها العملية داخل المنزل وخارجه، وهل المرأة الشرقية (والأردنية بالتحديد) تتبع النظام الاجتماعي الثقافي الذي بنى بداخلها فكرة أن وظيفتها الأساسية في الحياة هي رعاية المنزل والأطفال، وجعلها تفرّط بحقها بالعمل خارج المنزل، وتوفير الوقت لاحتياجاتها الخاصة، ويجدر الإشارة هنا بأن تأثير السكري على العمل لدى السيدات يشمل أيضاً التأثير على الأعمال المنزلية.

وبالرغم من أهمية العمل المنزلي للمشاركات نجد أن المرض قد أثّر على عمل عدد منهن داخل المنزل، حيث أنه لم يعد بمقدورهن العمل بالشكل الذي اعتدن عليه في السابق، فإما أوكلن هذه الأعمال إلى بناتهن (البنت الكبرى غالباً)، أو اعتبرن أنفسهن مقصّرات في حق بيوتهن وعائلاتهن، ومعظم السيدات قد تأثر عملهن داخل المنزل بإصابتهن بالسكري.

أما فيما يخص ردة الفعل عند العلم بالإصابة بالسكري، فقد كانت ردود فعل المشاركات أكثر سلبية من ردود فعل المشاركين لأنها تبدأ بالتفكير بأولادها، وما سيحصل لهم في حال أصابها مكروه، فتشعر بأنها مسؤولة بشكل كامل عن أسرتها وبغيابها عنها ستكون العواقب الدمار لهذه الأسرة، وقد كان وصف المشاركات فيه نوع من الدراما، وذلك لأن المرأة الشرقية مبنية اجتماعياً وثقافياً على أن تعبّر عن عواطفها بشكل صريح، وهذا ما يتوقع منها اجتماعياً وثقافياً.

في المجتمع الأردني يرى كلّ من الزوجين نفسه مسؤولاً عن صحة شريكه، لذا نرى غالباً الدعم الكبير من الزوج لزوجته المريضة أو الزوجة لزوجها المريض، بنسب متفاوتة بين العائلات طبعاً، ونرى أيضاً تقبلاً كبيراً لهذا الدعم، بل وتشمل أيضاً الفخر والتباهي به أمام الآخرين، وقد وجدت الدراسة الحالية أن النساء كنّ أكثر ميلاً للتفاخر باهتمام أزواجهن بمرضهن، بالإضافة إلى اعترافهن بحاجتهن لهذا الدعم أكثر من الرجال الذين لا يقرّون بحاجتهم لمثل هذه الأمور، وذلك لاعتقادهم بأن الاعتراف بالحاجة للرعاية هو ضعف، وهذا ما تظهره ثقافة المجتمع العربي عموماً والمجتمع الأردني بشكل خاص، وفي هذا نوع من التوافق مع بعض نتائج الدراسة الأمريكية "لرووك وآخرون" عام 2011 التي بحثت في ردود الأفعال

السلبية الانفعالية التي تصدر من المريض في حال شعوره بمحاولة تحكم زوجه به وبمرضه، التي يمكن أن تصل إلى حد تهييج المقاومة السلوكية والاضطراب العاطفي لدى بعض الأشخاص، وأفادت نتائج هذه الدراسة (رووك وآخرون) بأن الأزواج في بعض الأحيان يسعون لتغيير السلوك الصحي لبعضهما بعضاً عند الإصابة بالمرض، وهذا ما أظهرته الدراسة الحالية جلياً في معظم الحالات، أما في الدراسة الحالية، ونسبةً إلى مجتمعنا لم تظهر الدراسة أي حالة من المقاومة السلوكية والاضطراب العاطفي، ولم يتم اعتبار التدخل في سلوك الزوج/الزوجة الصحي تحكماً اجتماعياً بقدر ما هو أمر عادي يجب أن يحدث بطبيعة الحال.

وتناولت دراسة "تشن وتشيسلا" مجتمع الأمريكيين من أصل صيني بما له من خصوصية تميزه عن باقي الأعراف الأخرى التي تعيش ضمن المجتمع الأمريكي، إذ تحكمه الكثير من العادات والتقاليد ولديه ثقافة خاصة متوارثة بين أجياله، ولتشابه خصوصية هذا المجتمع مع المجتمع العربي، والمجتمع الأردني على وجه الخصوص، تشابهت نتائج الدراستين إلى حد ما، فقد توصلتا إلى نتيجة تفيد بأن الاستجابة لدى العينة كانت التكيف ومحاولة تكييف نمط الحياة ليتناسب مع الوضع الصحي الجديد. كما واتفقت الدراستان بشكل كبير على أن المشاركين في كلا الدراستين فسّروا جهود العائلة للانخراط في إدارتهم لمرضهم على أنها شكل من أشكال الرعاية، وتشريع لدورهم المتبادل للمسؤوليات كأفراد أسرة.

ونلاحظ مما سبق أن المجتمعات التقليدية التي تحكمها ثقافة تقليدية محافظة، تكون الأسرة فيها أكثر تماسكاً، وتوفر الدعم النفسي والمادي للفرد المصاب وتقوم بتعديل أسلوب حياتها كاملاً من أجل أن يتوافق مع متطلبات مرض فرد من أفرادها. فالمجتمع الأردني يحمل العديد من السمات التي تميزه عن غيره من المجتمعات، فهو مجتمع تقليدي تحكمه منظومة ثقافية اجتماعية من العادات والتقاليد التي تم توارثها عبر الأجيال، ويتمركز التنظيم الاجتماعي للمجتمع الأردني حول العائلة وعلاقات القرابة وصلة الدم. ويمكننا القول أيضاً أن المجتمع الأردني، مجتمعٌ عربيٌ تقوم بنيته الاجتماعية على عناصر رئيسية هي الأسرة والعشيرة والقبيلة، إذ تسهم هذه العناصر بجعل النسيج الاجتماعي الأردني نسيجاً متجانساً متسقاً، ولهذه العناصر الدور الكبير في تشكيل شخصية الإنسان الأردني معطية إياه خصوصية تميزه عن غيره (بركات، 2009).

أما في الجانب الروحاني الذي يتمثل بالقيام بالشعائر الدينية فلم يحدث أي تغيير يذكر لدى معظم المشاركين والمشاركات، وذلك لأن من أهم ركائز المجتمع الأردني هو الالتزام

الديني والممارسات الدينية باعتبارها سلوكيات يومية روحانية يمارسها الشخص بشكل طبيعي وهو مؤمن بها، وأن المرض يعتبر جانب من هذا الإيمان بأن الصحة والعمر هما بيد الله وحده، والمؤمن الحق هو من يتقبل هذا المرض دون شكوى إلّا لله وحده.

وقد أظهرت دراسة "سيغرانغ وآخرون" أنه كلما زادت خطورة المرض كلما زاد توجه المريض نحو ممارسة الأنشطة الدينية، وهذا ما لم يتم التوصل إليه في الدراسة الحالية، وذلك لأن المجتمع الأردني مجتمع متديّن ملتزم بالممارسات الدينية في جميع الأحوال، بوجود المرض أو عدم وجوده، حيث قامت بعض الدراسات بوصف المجتمعات العربية بأنها مجتمعات متدينة بطبيعة الحال.

حملت الدراسة الحالية العديد من الإضافات المعرفية في مجال الصحة والمرض التي تجعلها متميزة عما سبقها من دراسات في هذا المجال من حيث أنها وجدت بعض الفجوات عند تطبيق نتائج الدراسات السابقة على المجتمع الأردني كونه مجتمعاً يحمل خصوصيةً ثقافية متفرّدة مع المجتمعات العربية فقط وربما تتقارب بها مع بعض المجتمعات التقليدية الأخرى المجتمع الصيني مثلاً، كما وأن الجزئية التي قامت الباحثة بدراستها في هذه الدراسة (الفروق الجندرية)، لم يتم التطرق إليها من قبل مما يجعل هذه الدراسة بداية لدراسات طبية اجتماعية نوعية لاحقة ضمن نفس المجال.

3-5التوصيات

يمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة بتقديم عدد من التوصيات للاستفادة منها في المجالات الصحية والاجتماعية

1. الجانب الصحي:

أ. ضرورة استحداث برامج توعوية صحية حول الأمراض المزمنة بشكل عام والسكري بشكل خاص وذلك لأهمية هذا المرض لكثرة انتشاره في المجتمع الأردني، وتشمل هذه البرامج معلومات عامة عن طرق الوقاية بين المرض والكشف المبكر والتشخيص والتكيف والعلاج بعد حدوث المرض.

ب. تشكيل مجموعات علاجية لمساعدة المرضى على التواصل وتقديم الدعم النفسي لبعضهم البعض وبهدف الرعاية النفسية والجسدية لهم.

2. البحث العلمي:

أ. تطبيق هذه الدراسة على محافظات أخرى في الأردن، للتعرف على طبيعة الاختلاف إن وجد بين العاصمة وباقي المحافظات.

ب. إجراء بحوث أخرى حول الأمراض المزمنة وعلاقة هذه الأمراض بالنواحي الاجتماعية والجندرية للتعرف على طبيعة المجتمع من خلال التفاعل والتعامل مع الأمراض.

ت. إجراء بحوث لاحقة للاطلاع على النتائج التي تترتب على الإصابة بالأمراض المزمنة وتأثيرها على حياة الأفراد من نواحي اجتماعية.

3. في مجال السياسات:

أ. زيادة الاهتمام بمرض السكري والأمراض المزمنة، من الجوانب الاجتماعية بالاضافة للنواحي الصحية.

ب. توفير التأمين الصحي لمرضى السكري، وإجراءات المعالجة والحصول على العلاج، بحيث يصبح أي مريض سكري قادر على أن يحصل على متابعة وعلاجية، وكذلك دعم اجتماعي ثقافي عن طريق إطلاق برامج وطنية ضمن السياسات الخاصة بالأمراض المزمنة.

4-5 محددات الدراسة:

واجهت الباحثة بعض المعيقات التي اعتبرتها محددات للقيام بالدراسة، ومنها:

1. كما واجهت الباحثة محدداً مرتبطاً بمضمون أسئلة الدراسة، إذ لم تستطع الباحثة توجيه الأسئلة المتعلقة بتأثير السكري على النواحي الجنسية لدى المشاركين الرجال، لما في ذلك من حرج يتعلق بمناقشة هذه الأمور، ففي مثل هذه المواضيع الحساسة لربما نكون قد حصلنا على نتائج أعمق وأكثر صراحة لو أن الباحث كان رجلاً.
2. الفرق في المستوى التعليمي بين المشاركين والمشاركات، خاصة عند كبار السن، فقد اكتشفت الباحثة هذا الفرق في بداية المقابلات، وقامت بالتعامل مع هذا المحدد بأن قامت بتبسيط الأسئلة وشرحها للمشاركات بطريقة سهلة وبسيطة يمكن أن تفهمها النساء ذوات التعليم الأقل.
3. نقص المصادر والمراجع الغنية في مجال علوم الاجتماع ومنهجية البحث العلمي في اللغة العربية، فقد كان هناك نقص في المراجع التي يمكن الاستفادة منها بشكل كبير، كما أن المراجع المترجمة كانت ترجمتها في أغلب الأحيان ضعيفة، ما اضطر الباحثة إلى الرجوع إلى المراجع الأجنبية وترجمتها، وربما تكون هذه الدراسة هي الأولى باللغة العربية التي تتعلق بموضوع الصحة والمرض والاختلافات في الاستجابات والتفاعلات مع المرض من نواحي جندرية واجتماعية، إذ يمكن لها أن تشكل مرجعاً لما يتبعها من دراسات في نفس المجال.

5-5 صعوبات الدراسة:

1. كانت هناك محددات مرتبطة بالعينة نفسها، حيث واجهت الباحثة صعوبات في الحصول على العينة من مركز السكري لطول مدة الإجراءات اللازمة للحصول على الموافقات مما اضطر الباحثة إلى التوجه إلى عيادة خاصة للبدء بعمل المقابلات مع أفراد العينة، والتوجه أيضاً لاستخدام طريقة الكرة الثلجية حيث كانت أسرع الطرق التي تمكن الحصول على أفراد العينة، وذلك لضمان الانتهاء من الدراسة ضمن الفترة الزمنية المحددة لدراسة الماجستير.
2. بما أن الباحثة قامت باستخدام طريقة الكرة الثلجية، فقد أصبحت مضطرة إلى القيام بزيارات بيتية، التي احتاجت الكثير من الوقت والجهد لترتيبها مع أفراد العينة، من مواءمة الوقت وتحديد الموعد وغيرها.

3. طريقة الكرة الثلجية أخذت الباحثة إلى مناطق بعيدة عن مكان سكنها، كما اضطرت لدخول لزيارة بيوت عائلات غريبة، فكانت هذه الزيارات تشكل مخاوف لدى الباحثة بسبب النظرة الاجتماعية للفتاة عند دخولها لبيت غريب، ما اضطرها لأخذ مرافق لها في كل بيت تقوم بزيارته.

6-5 الخلاصة

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على تجربة كل من المراة والرجل في حال الإصابة بمرض مزمن مثل السكري من خلال منهجية البحث النوعي. لقد سمحت لنا هذه المنهجية المرنة الحصول على معلومات غنية ووصف لتفاعل المصابين مع هذه التجربة منذ بداية المرض وتعرف كيفية التأثر به من النواحي الحياتية يوميا في الأسرة والخارج. ومن اهم ما يمكن ذكره هنا بان النتائج ابرزت المفاهيم المهمة للمشاركين في إطار اجتماعي وجندري موضحة الثقافة الاجتماعية للأفراد والمجتمع في الاسرة الاردنية في حال حصول المرض لاي من الزوجين.

من اهم ما يمكن استخلاصه من تجربة المشاركين بالبحث ان تعامل المشاركين والمشاركات مع مرضهم متقارباً نوعاً ما، وانما اختلفت ردود الافعال بينهم تجاه مرضهم

وظهر في الدراسة أن الدعم النفسي الاسري مهم جدا بالنسبة للمريض وخاصة من قبل الشريك (الزوج أو الزوجة) حيث كان مؤثراً في حياة المشاركات أكثر من المشاركين. وفي الجانب الروحاني فقد تبين ان النواحي الدينية هي جزء لا يتجزأ من حياة الفرد في الصحة والمرض وإن هذا الجانب يعزز التقبل لحصول اي تغيير للشخص في صحته او حياته اليومية.

لم تظهر الدراسة فروق واضحة بين المشاركين والمشاركات، وإنما ظهرت فروق جندرية بينهم بما يتعلق بالأدوار النمطية داخل المجتمع. فقد اكدت المشاركات على دور المرأة النمطي داخل المجتمع الا وهو ضرورة حفاظ المرأة على قدرتها على القيام بدورها تجاه اسرتها رغم مرضها، في حين أكد الرجال ضرورة بقائهم في فضائهم الخارجي، أي عملهم خارج المنزل.

قائمة المصادر والمراجع
أولاً: المراجع العربية

الجمعية الأمريكية لمرض السكر (2004)، **الدليل الوافي لمرض السكر**، ط1، السعودية، مكتبة جرير.

الحسن، إحسان محمد (2005)، **علم اجتماع العائلة**، ط1، عمّان، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.

العتوم، ميسون وائل (2012)، **حفريات في ذاكرة النساء: دراسة في سوسيولوجيا المرأة الأردنية**، ط1، عمّان، وزارة الثقافة.

المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة (2014)، **مجلة المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة**، عمّان.

بركات، حليم (2009)، **المجتمع العربي المعاصر، بحث في تغيّر الأحوال والعلاقات**، عمّان، وزارة الثقافة.

بورديو، بيار (2009)، **الهيمنة الذكورية**، المنظمة العربية للترجمة، ترجمة سلمان قعفراني، بيروت.

حجازي، أحمد توفيق (2006)، **السكري: مرض العصر، الوقاية والتغذية العلاجية**، ط1، عمّان، مكتبة الرائد العلمية.

حلمي، إجلال إسماعيل (1997)، **الأسرة العربية: النظرية والتطبيق**، القاهرة، دار الأنجلو المصرية.

ساري، حلمي وآخرون (1992)، **البيت والتنمية الأسرية**، العلاقات الأسرية، جامعة القدس المفتوحة.

ساري، سالم (1996)، **البناء الاجتماعي للحقيقة الطبية: جدلية الطبي والاجتماعي، مجلة البلقاء**، مج 4، ع2.

شرابي، هشام (1988)، **النظام الأبوي وإشكالية تخلف المجتمع العربي**، ط1، ترجمة محمود شريح، (1992)، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية.

عثمان، إبراهيم وساري، سالم، (2009)، **النظرية في علم الاجتماع**، عمّان، جامعة القدس المفتوحة.

علي، قدري وسمور، سوسن وحداد، ماري (2008)، **علم الاجتماع الطبي**، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

غدنز، أنتوني (2005)، **علم الاجتماع**، ترجمة فايز الصبّاغ، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية.

ثانياً: المراجع الأجنبية

Becker, H.S (1973), **Labelling Theory Reconsidered, Paper Presented at the Meeting of B.S.A, London.** The Free Press**.**

Bendelow, G. (2013), **Sociology of The Body, The Wily- Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society.**

Bury, M. (1991), **The Society of Chronic Illness: a Review of Research and Prospects, Sociology of Health and Illness**, Volume.13, No.4.

Chesla, Chun (2005), **Accommodating type 2 diabetes in Chinese American family**.

Cigrang, Hryshko-Mullen, and Peterson (2003), Spontaneous Report of Religious Coping by Patients with Chronic Physical Illness**, journal of clinical psychology in medical setting,** volume. 10, No3

Creswell, J. (2013), **Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches, Sage Publications, Inc.**

Gerhardt, U. (1979), **The Parsonian Paradigm and the Identity of Medical Sociology, Sociological Review**, Volume.27, No.2.

Kubler-Ross, E. (1969), **On Death and Dying**, Foreword Copyright, Ira Byoc (2014), **Sage Publication,Inc**.

Laing, R.D (1965), **The Divided Self, London, Penguin Books.**

Munir, Pryce, and Others (2006), Gender Differences in Managing Chronic Illness at Work: Exploring Predictors for Disclosure**, journal of vocational rehabilitation ,**volume 25.

Nieswaidomy, R. M. (2012), **Foundations of nursing research** sixth Edition, Pearson.

Parsons, T. (1951), **"Social Structure and Dynamic Progress: The Case of Modern Medical Practice"**, In Parsons, the Social System, New York: The Free Press.

Riessman, C. (1993), **Narrative Analysis**, Sage Publication**,**Inc.

Rodriguez, Garcia, and others (2012), Exhausted women, tough men : a qualitative study on gender differences in health, vulnerability , and coping with illness in Spain**, sociology of health and illness,** Blackwell publishing, Ltd

Rook , and Others, (2011**),** When Does Spousal Social Control Provoke Negative Reactions in The Context of Chronic Illness ? The Pivotal Role of Patients' Expectation**, Journal of social &personal relationship,** Volume. 28, Issue. 6

Streubert, Corpenter, and Dona (2011), **Qualitative Research in Nursing, Advancing the Humanistic Imperative**, 5th Edition, LWW.

Svenningsson, Marklund, Attvall, and Gedda (2011), Type 2 diabetes : perceptions of quality of life and attitudes towards diabetes from a gender perspective**, Scandinavian journal of caring sciences.**

Vanstolk, and Wouters (1987), **Power Changes and Self-Respect, A Comparison of Two Cases of Established Outsiders Relations, Theory, Culture, and Society**.

Wilkman ,Wordle ,and Steptoe (2011), Quality of Life and Affective Well-Being in Middle-Aged and Older People with Chronic Medical Illnesses: A Cross Sectional Population Based Study**, PLoS ONE**, volume 6, Issue 4.

الملاحق

محلق رقم (1)

دعوة للمشاركة في بحث

عنوان البحث: الاختلافات في الأنماط الحياتية اليومية بين المرأة والرجل عند الإصابة بالسكري في الأسرة الأردنية: دراسة نوعية

مقدمة عن البحث: أنت مدعو للمشاركة في بحث عن الاختلافات في التعامل مع مرض السكري بين المرأة والرجل. الهدف من هذه الدراسة كشف الاختلافات الجندرية في الاستجابة والتفاعل مع المرض

ما المطلوب منك: المطلوب هو اجراء المقابلة واجابة الأسئلة المفتوحة التي ستقوم الباحثة بطرحها. وان مشاركتك طوعية وبناءا على رغبتك. ومن المتوقع ان يستغرق اكمال المقابلة من 30-45 دقيقة.

المنفعة من المشاركة في البحث: مشاركتك في الدراسة واعطاء المعلومات تفيد في معرفة الاختلافات الجندرية (الاختلافات بين المرأة والرجل) في التعامل مع مرض السكري.

مخاطر المشاركة في البحث: لا توجد مخاطر تذكر ولكن إن شعرت بالضيق عند الإجابة بامكانك التوقف والانسحاب من الإجابة، ويمكننا تقديم معلومات حول الجهات المرجعية لطلب المساعدة.

سرية البحث: سيتم التعامل مع المعلومات التي تعطينها بسرية مطلقة ويمكن إعطاء اسم مستعار وغير اسمك الحقيقي إن رغبت بذلك، وسيتم الاحتفاظ بالمعلومات في مكان امن و معروف فقط للباحثة وسيتم التعامل مع المعلومات لأغراض البحث العلمي فقط.

نشكر و نقدر مشاركتك في هذه الدراسة واذا كان لديك أية اسئلة أو تعليقات أرجو الاتصال على تلفون: 0798865757 او بريد الكتروني wesalabbad@hotmail.com

سوف يتم تزويدك بنسخة من هذا النموذج. الرجاء الاحتفاظ به.

" الاختلافات في الأنماط الحياتية اليومية بين المرأة والرجل عند الإصابة بالسكري في الأسرة الأردنية: دراسة نوعية"

بنود المشاركة في الدراسة:

الرجاء وضع إشارة (√) بجانب كل بند توافق عليه:

- قرأت جميع المعلومات الواردة في هذا الاتفاق و فهمتها فهما جيدا. ☐
- جميع استفساراتي تم الإجابة عليها بوضوح. ☐
- أشهد أنني أبلغ من العمر أكثر من 18 عاما. ☐
- أمنح موافقتي على تسجيل المقابلة تسجيلا صوتيا. ☐
- أنا أوافق على المشاركة في هذه الدراسة. ☐

توقيع المشارك --------------------------- التاريخ -------------------------

اسم المشارك ---------------------------

توقيع الباحث/ة --------------------------- التاريخ -------------------------

أوافق على اجراء المقابلة مع الباحثة وصال أسعد عبد الله لإتمام عملية جمع البيانات لدراستها وذلك بعد الشرح لي عن تفاصيل المقابلة وطبيعة الأسئلة التي سيتم طرحها والأهداف المرجوة من هذه الدراسة

التوقيع

التاريخ

الملحق رقم (2)

-------- Original message --------
From: Laurence Kirmayer <laurence.kirmayer@mcgill.ca>
Date:
To: wesal abbad <wesalabbad@hotmail.com>
Cc: "Dr. Danielle Groleau" <danielle.groleau@mcgill.ca>
Subject: Re: Ask for permission

Dear Wesal,

You are most welcome to use the interview -- and to translate it into Arabic -- all that we ask is that you send us a copy of the translation for us to share on our website (http://www.mcgill.ca/tcpsych/research/cmhru/mini) and notify us of any publications coming out of your work.

Best,

Laurence

Laurence J. Kirmayer, MD

James McGill Professor & Director
Division of Social & Transcultural Psychiatry
McGill University

https://dub123.mail.live.com/ol/mail.mvc/PrintMessages?mkt=en-jo

2/4/2015 Outlook.com Print Message

Editor-in-Chief, Transcultural Psychiatry

1033 Pine Ave West
Montreal, Quebec H3A 1A1

Tel: 514-398-7302
Fax: 514-398-4370

Director
Culture & Mental Health Research Unit
Institute of Community & Family Psychiatry
Jewish General Hospital
4333 Cote Ste Catherine Rd.
Montreal, Quebec H3T 1E4

Tel: 514-340-7549
Fax: 514-340-7503

E-mail: laurence.kirmayer@mcgill.ca
URL: www.mcgill.ca/tcpsych

الملحق رقم (3)

Arab Medical Center  المـــركـــز العـــربي الطبـــي

السادة مركز دراسات المرأة / الجامعة الاردنية

نود اعلامكم بالموافقة على السماح للطالبة (وصال اسعد عبدالقادر عبدالله) باجراء مقابلات مع مرضى السكري داخل المستشفى وذلك لاستكمال عملية جمع البيانات الخاصة برسالتها الجامعية .

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام



مساعد مسؤول التمريض
عبادة كفاوين

جبل عمان - الدوار الخامس - هاتف : ٥٩٢١١٩٩ - فاكسميلي : ٥٩٢١٢٨٢ - ص.ب٣١٢٨ عمان ١١١٨١ الأردن
Jabal Amman - Fifth Circle Tel. 5921199 Fax. 5921282 - P.O.Box 3128 Amman 11181 Jordan
9 - AHA 2015

ملحق رقم (4)

مقابلة ماكغيل السردية للأمراض

النسخة العامة للأمراض أو الأعراض

القسم 1. السرد الأولي للمرض

1. متى واجهت مشكلتك أو صعوباتك الصحية لأول مرة؟ (*استبدل المشكلة الصحية بمصطلحات المستجيب في هذا السؤال والأسئلة التالية*). (*دع السرد يستمر لأطول فترة ممكنة، مع طرح الأسئلة البسيطة،* "ماذا حصل بعد ذلك؟ وماذا بعد؟)
2. نريد أن نتعرف أكثر على تجربتك. هل تحدثنا متى أدركت أنك تعاني من هذه (المشكلة الصحية)؟
3. هل تحدثنا عن ماذا حصل عندما واجهت (المشكلة الصحية)؟
4. هل حصل شيء آخر؟ (كرر حسب *الحاجة للتعرف على التجارب والأحداث المعدية*)
5. إذا ذهبت لترى مساعدا أو معالجا من أي نوع آخر، حدثنا عن زيارتك وماذا حصل بعدها.
6. إذا ذهبت لزيارة طبيب، حدثنا عن زيارتك إلى الطبيب / المستشفى وماذا حصل بعدها.

6.1 هل أجريت أي اختبارات أو علاجات (للمشكلة الصحية)؟ (*تعتمد صلة هذا السؤال بنوع المشكلة الصحية*).

الجزء 2. النموذج السردي التفسيري

7. هل لديك مصطلح أو تعبير آخر يصف (المشكلة الصحية)؟
8. برأيك، ماذا تسبب (بمشكلتك الصحية)؟ (ادرج المسببات الأولية)

8.1 هل هناك أي أسباب أخرى لعبت دورا برأيك؟ (ادرج المسببات الثانوية)

9. لماذا بدأت (المشكلة الصحية) عندما بدأت؟
10. ماذا حصل داخل جسمك يمكنه أن يفسر (المشكلة الصحية)؟
11. هل هناك أمر يحصل داخل أسرتك، أو في مكان العمل، أو في حياتك الاجتماعية، يمكنه أن يفسر مشكلتك الصحية؟ (إذا كان الجواب على السؤال 19 نعم، اطرح السؤال 20)
12. هل تقول لي كيف يفسر ذلك مشكلتك الصحية؟
13. هل فكرت بأنك تعاني من (*استعمل صفة الأعراض أو المرض الشائعة*)؟
14. ماذا يعني لك (*الصفة الشائعة*)؟
15. ماذا يحصل للناس في العادة الذين يعانون من (*الصفة الشائعة*)؟
16. ما هو أفضل علاج للأشخاص الذين يعانون من (*الصفة الشائعة*)؟
17. كيف يتفاعل الآخرين مع شخص يعاني من (*الصفة الشائعة*)؟
18. من تعرف يعاني من (*الصفة الشائعة*)؟
19. بأي طريقة تشبه أو تختلف (مشكلتك الصحية) عن مشكلة ذلك الشخص الصحية؟
20. هل (مشكلتك الصحية) مرتبطة بطريقة ما بالأحداث المحددة التي حصلت في حياتك؟
21. هل تحدثني أكثر عن هذه الأحداث وكيف ترتبط (بمشكلتك الصحية)؟

القسم 3. الأثر على الحياة

22. كيف غيرت (المشكلة الصحية) طريقة عيشك؟
23. كيف غيرت (المشكلة الصحية) شعورك حيال نفسك؟
24. كيف غيرت (المشكلة الصحية) نظرتك للحياة بشكل عام؟
25. كيف غيرت (المشكلة الصحية) من طريقة نظر الآخرين لك؟
26. ماذا ساعدك خلال هذه الفترة في حياتك؟
27. كيف ساعدتك أسرتك أو أصدقائك خلال هذه الفترة الصعبة من حياتك؟
28. كيف ساعدك أيمانك أو ممارساتك الدينية بتخطي هذه المرحلة الصعبة من حياتك؟
29. هل هناك أمر آخر تريد إضافته؟

ملحق رقم (5)

McGill Illness Narrative Interview (MINI)
Generic Version for Disease, Illness or Symptom
Danielle Groleau, Allan Young, & Laurence J. Kirmayer

Section 1. INITIAL ILLNESS NARRATIVE

1. When did you experience your health problem or difficulties (HP) for the first time? [*Substitute respondent's terms for 'HP' in this and subsequent questions.*] [*Let the narrative go on as long as possible, with only simple prompting by asking*, 'What happened then? And then?']
2. We would like to know more about your experience. Could you tell us when you realized you had this (HP)?
3. Can you tell us what happened when you had your (HP)?
4. Did something else happen? [*Repeat as needed to draw out contiguous experiences and events.*]
5. If you went to see a helper or healer of any kind, tell us about your visit and what happened afterwards.
6. If you went to see a doctor, tell us about your visit to the doctor/hospitalization and about what happened afterwards.
6.1 Did you have any tests or treatments for your (HP)? [*The relevance of this question depends on the type of health problem.*]

Section 2. PROTOTYPE NARRATIVE

7. In the past, have you ever had a health problem that you consider similar to your current (HP)? [If answer to #7 is Yes, then ask Q.8]
8. In what way is that past health problem similar to or different from your current (HP)?
9. Did a person in your family ever experience a health problem similar to yours? [If answer to #9 is Yes, then ask Q.10]
10. In what ways do you consider your (HP) to be similar to or different from this other person's health problem?
11. Did a person in your social environment (friends or work) experience a health problem similar to yours? [If answer to #11 is Yes, then ask Q.12]
12. In what ways do you consider your (HP) to be similar to or different from this other person's health problem?
13. Have you ever seen, read or heard on television, radio, in a magazine, a book or on the Internet of a person who had the same health problem as you? [If answer to #13 is Yes, then ask Q.14]
14. In what ways is that person's problem similar to or different from yours?

Section 3. EXPLANATORY MODEL NARRATIVE

15. Do you have another term or expression that describes your (HP)?
16. According to you, what caused your (HP)? [List primary cause(s).]
16.1 Are there any other causes that you think played a role? [List secondary causes.]

17. Why did your (HP) start when it did?
18. What happened inside your body that could explain your (HP)?
19. Is there something happening in your family, at work or in your social life that could explain your health problem? [If answer to #19 is Yes, then ask Q.20]
20. Can you tell me how that explains your health problem?
21. Have you considered that you might have *[INTRODUCE POPULAR SYMPTOM OR ILLNESS LABEL]*?
22. What does *[POPULAR LABEL]* mean to you?
23. What usually happens to people who have *[POPULAR LABEL]?*
24. What is the best treatment for people who have *[POPULAR LABEL]?*
25. How do other people react to someone who has *[POPULAR LABEL]?*
26. Who do you know who has had *[POPULAR LABEL]*?
27. In what ways is your (HP) similar to or different from that person's health problem?
28. Is your (HP) somehow linked or related to specific events that occurred in your life?
29. Can you tell me more about those events and how they are linked to your (HP)?

Section 4. SERVICES AND RESPONSE TO TREATMENT

30. During your visit to the doctor (healer) for your HP, what did your doctor (healer) tell you that your problem was?
31. Did your doctor (healer) give you any treatment, medicine or recommendations to follow? [List all]
32. How are you dealing with each of these recommendations? [*Repeat Q. 33 to Q. 36 as needed for every recommendation, medicine and treatment listed.*]
33. Are you able to follow that treatment (or recommendation or medicine)?
34. What made that treatment work well?
35. What made that treatment difficult to follow or work poorly?
36. What treatments did you expect to receive for your (HP) that you did not receive?
37. What other therapy, treatment, help or care have you sought out?
38. What other therapy, treatment, help or care would you like to receive?

Section 5. IMPACT ON LIFE

39. How has your (HP) changed the way you live?
40. How has your (HP) changed the way you feel or think about yourself?
41. How has your (HP) changed the way you look at life in general?
42. How has your (HP) changed the way that others look at you?
43. What has helped you through this period in your life?
44. How have your family or friends helped you through this difficult period of your life?
45. How has your spiritual life, faith or religious practice helped you go through this difficult period of your life?
46. Is there anything else you would like to add?

DIFFERENCES IN DAILY LIFESTYLE PATTERNS BETWEEN WOMEN AND MEN WITH DIABETES: A QUALITATIVE STUDY IN JORDANIAN FAMILY

By

Wesal Asa'ad Abdullah

Supervisor

Dr. Reema. R. Safadi

Co.Supervisor

Dr. Salem. K. Sari, Prof

ABSTRACT

This study aims to identify the differences in the daily life patterns of women and men upon affliction with diabetes in the family. The study targeted a sample of Jordanian married men and women of different backgrounds, ages, social classes and education levels, taking into account the diversity in demographic statistics, afflicted with type II diabetes.

The qualitative study included in-depth interviews with Jordanian men and women in the central part of the Kingdom (Amman, Zarqa and Balqa). The sample consisted of 15 men and women, over thirty years of age, married, living within a family consisting of mother, father and children, who have been afflicted with diabetes for no less than one year.

The results of the study indicated that there is no significant difference between women and men in dealing with diabetes, as the Jordanian society is a somewhat homogeneous community. The differences appeared in the expressions the men and women use regarding their affliction with diabetes, and answering questions on it, in addition to differences in the way they told stories about the illness. The stories of the female participants entailed some drama, which was lacking in the stories of the male participants. Moreover, the male participants were more open to talking, and their interviews were longer than the interviews with the female participants.

The researcher noted that it was easier for her to interact with the male participants compared with the female participants in terms of asking questions without the need to explain them and simplify them in most cases. Perhaps this can be attributed to the level of education in the sample members.

In terms of the male and female participants dealing with diabetes, the male participants were more positive in dealing with it, while the female participants were

more negative, expressing their loss of hope in life, thinking about death and waiting for it, and thinking about the fate of their families after their death.

Some stereotypical cultural and social ideas appeared. The female participants insisted that the home and children are their priorities in life, and that they must be stronger in the face of the disease so that they can undertake their role to serve their home and children. The male participants held on more to their work, believing that work improves their health, while staying at home may worsen their health situation.

As for spirituality and its role in the lives of male and female participants, there was no clear difference in regarding spirituality before and after the disease. The participants all belong to a religiously committed Arab community, regardless of their religion, and there is commitment to performing religious rites as a way of life.